



FACULTAD DE HUMANIDADES

EL HOSPITAL MIXTO Y POLICLÍNICO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL Y
LA SALUD PÚBLICA DE LOS OBREROS DE LIMA: 1941-1945

Línea de investigación:

Antropología, arqueología e historia

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Historia

Autor

Sánchez Gómez, Teddy

Asesor

Flores Soria, Carlos Roberto

ORCID: 0000-0002-7624-0540

Jurado

Ruiz Zevallos, Augusto Fernando

Vega Loyola, José Javier

Chumpitaz Fernández, Juan Adriano

Lima - Perú

2024



Tesis – Sánchez – El hospital mixto y policlínico de la caja nacional del Seguro Social y la salud pública de los obreros de Lima: 1941-1945

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.essalud.gob.pe Fuente de Internet	3%
2	nanopdf.com Fuente de Internet	2%
3	boletin.ciess.org Fuente de Internet	2%
4	repositorio.essalud.gob.pe Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%
8	pdffox.com Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE HUMANIDADES

EL HOSPITAL MIXTO Y POLICLÍNICO DE LA CAJA NACIONAL
DE SEGURO SOCIAL Y LA SALUD PÚBLICA DE LOS OBREROS
DE LIMA: 1941-1945

Línea de Investigación:
Antropología, Arqueología e Historia

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Historia

Autor

Sánchez Gómez, Teddy

Asesor

Flores Soria, Carlos Roberto
(ORCID: 0000-0002-7624-0540)

Jurado

Ruiz Zevallos, Augusto Fernando
Vega Loyola, José Javier
Chumpitaz Fernández, Juan Adriano

Lima – Perú
2024

DEDICATORIA

A mis hijos Gabriel y Mikael, a mis padres, a mi familia, a mis profesores y amigos por su importante apoyo y motivación por ser cada día mejor.

ÍNDICE

Resumen	9
Abstract	10
I. Introducción	11
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.1.1. Pregunta general	14
1.1.2. Preguntas específicas.....	14
1.2. Antecedentes.....	15
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación.....	17
1.5. Hipótesis.....	19
1.5.1. Hipótesis general.....	19
1.5.2. Hipótesis específicas.....	19
II. Marco teórico	21
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	21
2.1.1. Seguridad social.....	22
2.1.2. Seguro social.....	23
2.1.3. Salud pública.....	25
2.1.4. Obrero asegurado.....	26
III. Método	29
3.1. Tipo de investigación.....	29

3.2. Ámbito espacial y temporal.....	29
3.3. Variables.....	29
3.4. Instrumentos.....	30
3.5. Procedimientos.....	31
3.6. Análisis de datos.....	32
3.7. Consideraciones éticas.....	32
IV. Resultados	33
4.1. El seguro social en el Perú.....	33
4.1.1. El surgimiento del seguro social.....	33
4.1.2. Antecedentes de la seguridad social en el Perú.....	41
4.1.3. La Caja Nacional de Seguro Social.....	51
4.2. Obreros asegurados en Lima	63
4.2.1. La inscripción de los obreros asegurados en Lima	63
4.2.2. La tuberculosis en los obreros	67
4.2.3. La afección de sífilis en los obreros	72
4.3. La salud pública de los obreros en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima.....	74
4.3.1. La evaluación del hospital propio.....	75
4.3.2. La construcción y equipamiento del hospital.....	80
4.3.3. La Escuela de Enfermeras.....	88
4.4. La asistencia médica en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima.....	94
4.4.1. El servicio médico domiciliario.....	97
4.4.2. El servicio médico rural.....	100
4.4.3. El servicio de consulta externa.....	106

4.4.4. El servicio de hospitalización.....	108
4.4.5. Atenciones médicas por maternidad.....	110
V. Discusión de resultados.....	113
VI. Conclusiones.....	117
VII. Recomendaciones.....	120
VIII. Referencias.....	121
8.1. Referencias documentales.....	121
8.1.1. Archivo Histórico del Seguro Social de Salud – ESSALUD (AHSSS).....	121
8.2. Referencias bibliográficas	123
IX. Anexos.....	130

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuotas del Seguro Social por tipo de asegurado según Ley n.º 8433	53
Tabla 2 Cuota del Seguro Social por tipo de asegurado según Ley n.º 8509	54
Tabla 3 Prestaciones brindadas por tipo de riesgo	55
Tabla 4 Proyección de postas médicas rurales a nivel nacional	62
Tabla 5 Asegurados inscritos en Lima de 1937 a 1945	64
Tabla 6 Centros de trabajo por rubros de Lima y Callao en 1937	66
Tabla 7 Centros de trabajos inscritos a nivel nacional por año	67
Tabla 8 Defunciones por especialidad en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	71
Tabla 9 Atenciones médicas externas por especialidad brindados por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	74
Tabla 10 Costo estimado de construcciones para la atención de asegurados	76
Tabla 11 Costo de adquisición de terreno para la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima	84
Tabla 12 Atención en los servicios médicos externos brindados durante 1941	94
Tabla 13 Servicios de diagnóstico y tratamientos especiales en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima en 1941	95
Tabla 14 Servicios médicos brindados en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima en 1941.....	95
Tabla 15 Servicios de prestaciones en dinero en 1941	96
Tabla 16 Servicios médico domiciliario brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	99

Tabla 17	Servicio médico rural brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	105
Tabla 18	Servicio de atenciones médicas externas por especialidad brindados por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	107
Tabla 19	Consultas brindadas en consultorios externos por departamento	108
Tabla 20	Hospitalización por tipo de servicio brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	109
Tabla 21	Cantidad de nacimientos atendidos en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945	110
Tabla 22	Incremento de atenciones médicas de 1941 a 1945	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Plano general del Hospital Mixto y Policlínico de Lima elaborado por la firma Stevens, Curtis y Mason de Boston	78
Figura 2 Bosquejo panorámico del Hospital Mixto y Policlínico elaborado por la firma Stevens, Curtis y Mason de Boston	79
Figura 3 Bosquejo de la parte frontal del Hospital Mixto y Policlínico elaborado por la firma Stevens, Curtis y Mason de Boston	80
Figura 4 Inauguración de “piscina Virrey Toledo” o “baños municipales n.º 2”, realizado el 8 de enero de 1939	83
Figura 5 Colocación de la primera piedra del Hospital Mixto y Policlínico del Seguro Social por el presidente Óscar R. Benavides, realizado el 15 de marzo de 1938	85
Figura 6 Estudiantes de la Escuela de enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social	93
Figura 7 Atención del servicio médico rural a cargo de un médico y un enfermero	100
Figura 8 Obreros a la espera de atención médica del servicio rural	101
Figura 9 Atención médica del servicio rural en hacienda agrícola	102
Figura 10 Camioneta del servicio médico rural en ruta a haciendas de Lima	105

RESUMEN

El objetivo de la presente tesis es conocer cómo los servicios de salud brindados entre los años 1941 a 1945 en el Hospital Mixto y Policlínico coadyuvaron a la obtención del bienestar en salud a los obreros de Lima. La investigación se sustenta en la información obtenida de fuentes documentales en custodia del Archivo Histórico y Biblioteca Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), entre ellas, las memorias anuales, actas de sesión del consejo directivo y la Revista Informaciones Sociales, que forman parte del fondo documental de la Caja Nacional de Seguro Social y de la colección seguridad social. El Hospital Mixto y Policlínico de Lima, conocido también como hospital obrero, fue el primer establecimiento de salud exclusivo para los obreros en Lima con diversos servicios médicos brindados en sus instalaciones y en el centro de trabajo del obrero, considerado el más moderno de Sudamérica con técnicas novedosas para el tratamiento de enfermedades que, a través de una atención médica especializada y oportuna, registró un aumento del 86% en las atenciones desde su apertura en febrero de 1941 a diciembre de 1945, siendo la tuberculosis una de las enfermedades que aquejaba significativamente a los obreros, registrando el 31% de defunciones en dicho periodo. El bienestar en la salud que obtuvieron los obreros con el funcionamiento del Hospital Mixto y Policlínico de Lima los hizo prescindir paulatinamente de los hospitales de la Beneficencia Pública como el dos de mayo y el arzobispo Loayza.

Palabras clave: seguridad social, salud pública, seguro social, obreros.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to know how the health services provided between 1941 and 1945 in the Mixed Hospital and Polyclinic contributed to the health welfare of Lima's workers. The research is based on information obtained from documentary sources in the custody of the Historical Archive and Central Library of the Social Health Insurance (ESSALUD), among them, the annual reports, minutes of the board of directors' sessions and the Social Information Magazine, which are part of the documentary collection of the National Social Security Fund and of the social security collection. The Mixed and Polyclinic Hospital of Lima, also known as the workers' hospital, was the first health facility exclusively for workers in Lima with various medical services provided in its facilities and in the workers' work center, considered the most modern in South America with innovative techniques for the treatment of diseases, through specialized and timely medical attention, registered an 86% increase in the number of patients treated from its opening in February 1941 to December 1945, with tuberculosis being one of the diseases that significantly afflicted the workers, registering 31% of deaths in that period. The health benefits obtained by the workers with the operation of the Mixed and Polyclinic Hospital of Lima made them gradually dispense with the hospitals of the Public Beneficence, such as the Dos de Mayo and the Arzobispo Loayza.

Keywords: social security, public health, social insurance, workers.

I. INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre seguridad social o seguro social son temas abordados por investigadores desde la perspectiva del derecho social o derecho laboral, siendo escaso el abordaje de estos temas por parte de los historiadores. La implementación del seguro social obligatorio reviste importancia porque permitió a los obreros ser cubiertos ante los riesgos de enfermedad, vejez, invalidez, muerte y desempleo y, es en la atención del riesgo de enfermedad que se erige el Hospital Mixto y Policlínico de Lima, conocido poco después como Hospital Obrero, cuyo funcionamiento, con las consecuentes atenciones médicas, permitió mejorar la salud de los obreros de Lima entre 1941 a 1945.

Los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos a través de fuentes documentales poco consultadas como las memorias anuales, la revista informaciones sociales y las actas de sesiones del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social, custodiados por el Archivo Histórico y Biblioteca Central del Seguro Social de Salud – ESSALUD, han permitido conocer que los servicios de salud brindado a los obreros de la capital en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima, a través de sus diversas modalidades de atenciones como el servicio médico domiciliario, para los enfermos convalecientes; el servicio médico rural, para los obreros de las haciendas agrícolas y fabricas lejanas de Lima; así como el servicio de consulta externa y de hospitalización contribuyeron en la obtención del bienestar de este grupo de trabajadores a través de la mejora del estado de su salud al contar con un establecimiento de salud moderno para su atención exclusiva dejando de lado los antiguos hospitales de la Beneficencia Pública, lugares en los que compartían las atenciones de salud con la población en general, por ende, resulta importante conocer el accionar del seguro social obligatorio a través del referido nosocomio, cuyo funcionamiento trajo

consigo un impacto positivo para los obreros como lo muestra la información que se sustenta en los documentos consultados.

El contenido de la tesis se encuentra dividida en nueve capítulos. El primer capítulo describe y formula el problema a abordar, analiza los antecedentes historiográficos en materia de seguridad social y salud pública y se plantea los objetivos, las hipótesis y la justificación de la investigación. En el segundo capítulo se analiza y plantea las bases teóricas, entre ellas las categorías utilizadas como seguridad social, seguro social, salud pública y obrero de Lima. El tercer capítulo detalla el tipo de investigación desarrollado, así como los instrumentos, el procedimiento, el análisis de datos y las fuentes documentales utilizadas. El cuarto capítulo corresponde a los resultados de la tesis la misma que se encuentra dividida en tres subcapítulos: El inicio de la seguridad social en el Perú, el Hospital Mixto y Policlínico de Lima y Los servicios médicos en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima. El quinto capítulo denominado, discusión de resultados, detalla de forma resumida las ideas de la tesis. El sexto capítulo expresa las conclusiones de la tesis y el séptimo, octavo y noveno capítulo versa sobre las recomendaciones, las referencias, tanto documentales como bibliográficas y los anexos, respectivamente.

1.1. Descripción y formulación del problema

En el Perú la década de 1930 fue marcado por las consecuencias de la crisis económica mundial de 1929, que conllevó a la disminución de las exportaciones y la reducción del gasto público afectando a la masa trabajadora obrera con los despidos y la disminución de sus salarios manifestando su disconformidad a través de las huelgas a lo largo de la década. Igualmente, la crisis económica trajo consigo inestabilidad política, reflejado en el levantamiento desde Arequipa de Luis Miguel Sánchez Cerro con la consecuente caída de Augusto B. Leguía y la asunción a la presidencia del primero. En ese contexto, los obreros se irán identificando con el partido socialista

y el partido aprista, quienes en sus respectivos programas políticos proponían la creación del seguro social o un sistema de seguridad social, no obstante, será el Estado que en el año 1936 crearía el seguro social obligatorio para los obreros.

Los estudios históricos concerniente al seguro social o la seguridad social para los obreros son abordados sucintamente en capítulos de textos, limitándose al estudio de la creación del seguro social o de sus establecimientos de salud, siendo poca las investigaciones que profundicen sobre los beneficios en la salud de los obreros gracias a los diversos servicios brindados por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima. El abordaje de estos temas implica conocer que la seguridad social involucra la protección a la población por parte del Estado de diversos riesgos como enfermedad, vejez, invalidez, muerte, desempleo, incluyendo las desfavorables condiciones de vivienda y alimentación, los cuales afectan la salud y la condición económica de los trabajadores, por tanto, la seguridad social tiene como finalidad alcanzar el bienestar de las personas, siendo un medio para este logro el seguro social, que inicia su implementación en el Perú en 1936 con la creación del Seguro Social Obligatorio para obreros, teniendo como entidad pública a cargo de su administración a la Caja Nacional de Seguro Social.

Para cubrir el riesgo de enfermedad y maternidad, la Caja Nacional de Seguro Social, fue diseñando la construcción de establecimientos de salud propios a nivel nacional, proyectándose para Lima la construcción de un gran nosocomio, teniendo en consideración el gran número de obreros en la capital, entrando así en funcionamiento el 10 de febrero de 1941 el Hospital Mixto y Policlínico de Lima, conocido poco después como Hospital Obrero.

Por lo tanto, siendo la finalidad de la seguridad social el bienestar de la población y en específico, para el caso de los riesgos de enfermedad y maternidad, la obtención del bienestar de los obreros de Lima a través de la mejora del estado de su salud, se puso en funcionamiento el

Hospital Mixto y Policlínico de Lima; no obstante, la escasa historiografía sobre la seguridad social peruana versa someramente sobre el proceso de implementación del seguro social y de la edificación del citado nosocomio mas no analiza, describe o detalla las estrategias o medidas realizadas para brindar asistencia médica a la mayor cantidad posible de obreros de Lima o del importante papel que tuvieron las religiosas alemanas de la congregación Misioneras del Sagrado Corazón en la formación de enfermeras y en la creación de la Escuela de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social, ni brindan información de las atenciones brindadas en las diferentes especialidades médicas del Hospital Mixto y Policlínico de Lima a fin de conocer el impacto que tuvo este en la salud de los obreros; por consiguiente, el problema de investigación del presente trabajo es abordado a través de una pregunta general y tres específicas que a continuación se precisan.

1.1.1. Pregunta general

¿Cómo coadyuvó el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de la Caja Nacional de Seguro Social en la obtención del bienestar de los obreros de Lima entre 1941 a 1945?

1.1.2. Preguntas específicas

- a) ¿Cuáles fueron los factores que influyeron en la implementación por parte del Estado Peruano del seguro social obligatorio para obreros?
- b) ¿Cómo se desarrolló el proceso de implementación del Hospital Mixto y Policlínico de Lima para brindar servicios de salud a los obreros de Lima?
- c) ¿Cuáles fueron las modalidades de servicios que se adoptaron en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima para la atención de los servicios de salud que permitieron brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros de Lima entre 1941 a 1945?

1.2. Antecedentes

La seguridad social y uno de sus instrumentos, el seguro social y el beneficio que este brindó a los obreros son temas que han tenido poco desarrollo en la historiografía peruana. Drinot (2016) detalla y analiza en el capítulo 6 el origen del seguro social para obreros, el cual sumado a los programas de barrios obreros y restaurantes populares pretendían consolidar al obrero como agente de progreso con una función civilizadora de la población indígena, siendo el racismo el hilo conductor de las acciones del Estado. Por su parte Bustíos (2005), igualmente desarrolla el origen del Seguro Social Obrero, de la Caja Nacional de Seguro Social y del Hospital Obrero de Lima, sin embargo, no brinda información respecto a los servicios médicos ni a las formas utilizadas para cubrir las necesidades de atenciones de salud de los obreros.

Los trabajos de Contreras y Cueto (2013), Klarén (2004), Manrique (1995) permiten conocer y contextualizar el proceso histórico republicano con la aparición de movimientos urbanos donde los obreros fueron actores importantes en los enfrentamientos con el poder oligárquico en los primeros decenios del siglo XX. Por otro lado, los textos de Caravedo (1977), Burga y Flores (1979), Cotler (2005) permiten conocer los efectos de la crisis económica de 1929, los cambios políticos surgidos, los movimientos obreros como consecuencia de la crisis económica y el enfrentamiento entre el poder oligárquico y antioligárquico representados por el partido aprista y el partido comunista. Asimismo, Sulmont (1985) presenta las formas de organización de los obreros y sus luchas en los conflictos sociales dividiendo en cuatro etapas la historia del movimiento obrero desde la formación del proletariado hasta la culminación del gobierno de las fuerzas armadas en 1979.

Sobre la salud en el Perú en el siglo XX los editores Lossio, J. y Barriga (2017) compilan investigaciones sobre la salud pública como la relación de esta con el crecimiento urbano de Iquitos

en el que jugó un papel significativo la extracción y comercialización del caucho que trajo consigo problemas de salud e inicios de la modernización de la salud pública en la referida zona; la difusión de las nuevas concepciones sobre la higiene, la maternidad y el crecimiento poblacional en la revista *Variedades* durante las primeras décadas del siglo XX; el fomento de la planificación familiar por parte de las organizaciones protestantes a través de la *Pathfinder Fund* entre 1958 a 1965; y finalmente, aborda la epidemia del cólera de 1991 desde las medidas económicas de los gobiernos de Alan García y Alberto Fujimori que permitieron la difusión de dicha epidemia en el Perú. A pesar de ser investigaciones sobre la salud pública en el siglo XX no incluyen en su temática a la seguridad social.

Del mismo modo, el libro editado por Cueto et al. (2009) sobre la salud en el Perú en los siglos XIX y XX, aborda diversos temas de estudio como el discurso epidemiológico e ideas de epidemias de Hipólito Unanue; los cambios que trajo consigo la apertura del Cementerio de Lima que permitía evitar la propagación de epidemias, así como modificar las costumbres funerarias; el conocimiento de las instituciones sanitarias en el siglo XIX a través del médico británico Archibald Smith; el debate sobre la tuberculosis entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, entre la climatoterapia y la profilaxis e higiene contra la enfermedad; las políticas públicas para combatir la sífilis en Lima entre 1910 a 1930; las visiones sobre el suicidio de la elite y de los sectores populares; la planificación familiar por lo miembros de la iglesia católica, así como la planificación familiar y las campañas de esterilizaciones a las mujeres del ámbito rural.

Ante la escasa producción historiográfica sobre el seguro social obligatorio y la seguridad social en el Perú y conocedor de la relevante información que guardan los documentos de archivo de la Caja Nacional de Seguro Social, primera institución creada para la administración de las atenciones de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores

obreros, como son las Actas de Sesión del Consejo Directivo, las memorias anuales y la revista informaciones sociales, documentos mediante los cuales se puede conocer las acciones brindadas por el Estado a través de dicha entidad y en específico del Hospital Mixto y Policlínico de Lima para la mejora del estado de salud de los obreros en el citado nosocomio.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

Conocer de qué manera el Hospital Mixto y Policlínico de Lima coadyuvó a la obtención del bienestar de los obreros de Lima entre los años 1941 a 1945.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- a) Identificar los factores que influyeron en la implementación por parte del Estado Peruano del seguro social obligatorio para obreros.
- b) Describir las acciones realizadas por la Caja Nacional de Seguro Social para la construcción y el funcionamiento del Hospital Mixto y Policlínico de Lima.
- c) Identificar las modalidades realizadas por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima para la atención de los servicios de salud que permitieron brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros de Lima entre 1941 a 1945.

1.4. Justificación

La presente investigación a través del estudio sobre la implementación del seguro social obligatorio para obreros y la consecuente creación de la Caja Nacional de Seguro Social y el Hospital Mixto y Policlínico de Lima muestra la importancia social de una institución pública en el mejoramiento de la salud de los obreros de zonas rurales y urbanas de Lima desde el año 1941 que empieza en funcionamiento el mencionado nosocomio. Los estudios históricos sobre los obreros fueron centrándose en temas relacionados con la formación del proletariado, el desarrollo

del movimiento obrero o el crecimiento de proletariado, soslayando el papel importante en la función social del Estado que cumplieron las instituciones públicas en las primeras décadas del siglo XX que ha conllevado a una escasa producción historiográfica sobre este tema.

La investigación fue realizada utilizando fuentes documentales novedosas como las memorias anuales, la revista informaciones sociales y las Actas de Sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social, documentos que nacieron con un valor administrativo pero que por la importancia de la información que contienen adquieren un valor histórico. El estudio hace énfasis en los servicios de salud brindados en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima que coadyuvaron en la obtención del bienestar de los obreros de Lima a través de la mejora en su salud de las diversas dolencias que los aquejaban entre ellas la tuberculosis y la sífilis, enfermedades con alta afección durante el siglo XX; asimismo, se describe las acciones realizadas por la Caja Nacional de Seguro Social para la construcción, implementación y funcionamiento del hospital obrero de Lima, como también era conocido, igualmente, resalta la importancia de la participación en los servicios asistenciales de las religiosas alemanas de la Congregación Misioneras del Sagrado Corazón quienes serán las encargadas de organizar y formar a las enfermeras en la Escuela de Enfermeras.

Resulta sustancial destacar la importancia de la adecuada conservación de los documentos en custodia de los archivos y bibliotecas de entidades públicas, como el caso de los documentos consultados en el presente estudio, que sirvieron de fuente documental directa y se encuentran en la sección Archivo Histórico y Biblioteca Central de la Oficina de Servicios de la Información de la Secretaría General del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

El Hospital Mixto y Policlínico de Lima fue el primer establecimiento de salud exclusivo para la atención de los obreros de Lima, contando con diversas especialidades médicas y brindando servicios médicos a los obreros en sus instalaciones, asimismo, a fin de atender a un mayor número de obreros, brindaba atención médica domiciliaria y en el centro de trabajo, coadyuvando de esta manera en la obtención del bienestar del obrero a través de la mejora de su estado de salud.

1.5.2. Hipótesis específica

- a) La difusión de la Organización Internacional del Trabajo del modelo de seguro social contributivo, implementado en Alemania entre 1883 a 1889, así como la aparición durante las últimas décadas del siglo XIX y el siglo XX de los denominados derechos humanos de segunda generación, entre ellos, el derecho a la seguridad social, sumado con el reclamo de los obreros, a través del partido aprista y el partido socialista por la implementación del seguro social influyeron en el establecimiento del seguro social obligatorio para obreros en el Perú, el cual se inició el 12 de agosto de 1936 con la promulgación de la Ley n.º 8433.
- b) En la construcción y funcionamiento de su primer nosocomio en Lima, la Caja Nacional de Seguro Social, previa investigación y evaluación, adquiere un terreno de gran dimensión con el apoyo del poder ejecutivo, elaborándose los planos por empresas internacionales de reconocida experiencia en la planificación y construcción de importantes hospitales y otros edificios, equipándose con instrumental médico moderno y con personal de enfermería formado en teoría y práctica en su propio centro de

formación, aperturándose el 10 de febrero de 1941 para la atención de las enfermedades de los obreros con técnicas recientes para su tratamiento, equipos modernos, métodos asistenciales recientes y profesionales médicos y asistenciales.

- c) Las modalidades de servicio brindadas por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima como el servicio médico domiciliario, para los enfermos convalecientes; el servicio médico rural, para los obreros de las haciendas agrícolas y fabricas lejanas de Lima; el servicio de consulta externa y el servicio de hospitalización fueron medidas que desarrolló el Hospital Mixto y Policlínico de Lima que permitió brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros de Lima entre 1941 a 1945.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

La presente investigación se desarrolla dentro de la denominada historia de las instituciones e historia social, la primera, como lo menciona Casal (1993), debe abarcar dos aspectos importantes: el ámbito normativo a través del estudio de las instituciones como organizaciones con temas relacionados por ejemplo a la organización, las funciones, los procedimientos internos, la estructura orgánica, los recursos y medios que tiene para cumplir su función y como segundo aspecto, abordar el estudio del personal de la institución y sus actuaciones que permitieron cumplir los fines de la institución. En lo relativo a la importancia de los documentos disponibles en los archivos institucionales y los documentos relacionados a la entidad ubicados en otros repositorios en el proceso de investigación sobre historia institucional, Casal (1993) señala:

El investigador deberá sumergirse en los archivos institucionales a veces centralizados en repositorios públicos generales, circulares, informes, expedientes diversos, hasta notas y papeles sueltos. Tendrá que sustituir con publicaciones oficiales o privadas, según el caso, aquellos documentos que puedan faltar en los archivos, acudirán otras veces o simultáneamente a registros oficiales inéditos y a la prensa. (p.59)

Asimismo, el presente trabajo al versar sobre la clase trabajadora obrera se sitúa como parte de la historia social, que tiene como unos de sus temas de estudio a las clases sociales, como menciona Hobsbawm (1983) comprendiendo a ellas como parte conformante de la sociedad más allá de las relaciones de parentesco.

Por ende, el estudio de las acciones efectuadas por la Caja Nacional de Seguro Social, institución creada para cubrir el riesgo de enfermedad de los obreros, a través del Hospital Mixto y Policlínico de Lima pretende mostrar la importancia social que tuvo una institución pública en

cuanto al bienestar de los obreros de las zonas rurales y urbanas de Lima a través del mejoramiento de la salud de dicha clase trabajadora.

En el desarrollo de la investigación se ha tenido oportuno considerar el uso de los siguientes conceptos que permiten dilucidar el tema tratado.

2.1.1. Seguridad social

El término Seguridad Social por primera vez es utilizado en 1935, en el marco de la Ley de Seguridad Social, norma promovida por el presidente estadounidense Franklin Roosevelt para enfrentar los efectos de la depresión económica de 1929 en la población vulnerable como lo eran los ancianos y los desempleados, estableciéndose inicialmente un sistema de pensiones, un seguro contra el desempleo, así como ayuda para las viudas y los discapacitados. Dicho término se esboza tímidamente en la Conferencia del Trabajo de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo realizado en enero de 1936 en Santiago de Chile, en cuya primera sesión del 2 de enero de 1936 el director de la Oficina Internacional del Trabajo, Harold Butler, hace hincapié que las naciones americanas a pesar de la depresión económica hayan implementado medidas de seguridad social para los trabajadores expresando:

No se ha encontrado una solución a la presente crisis reduciendo simplemente los salarios o rebajando el nivel de vida. Es por lo tanto significativo que precisamente durante este período de depresión los países americanos se hayan mostrado muy activos desarrollando medidas de seguridad social. (p.13)

La conceptualización de la Seguridad Social es brindada por una rama del Derecho denominada Derecho Social, por ello, uno de los connotados juristas españoles en esta rama, José Pérez Leñero, brinda una amplia definición de la seguridad social, según el cual esta formaría parte de la ciencia política, que mediante diversas instituciones de ayuda, previsión o asistencia tienen

como fin la prosperidad social a través del bienestar individual de todos sus miembros (Pérez, 1953). La seguridad social para alcanzar su finalidad de promover la prosperidad de la sociedad tiene medios o instrumentos, entre ellos, el seguro social y la asistencia social. La asistencia social se basa en la solidaridad de privados o del Estado y se presenta cuando sucede el riesgo (Stein,1941) a determinada población vulnerable como ancianos, niños o inválidos que no se encuentran cubiertos por los seguros sociales (Pérez, 1953).

Por ende, la asistencia social tiene como objetivo el prestar los cuidados necesarios ante males actuales hacia las personas de escasos recursos económicos a través de la alimentación, vestimenta y servicios médicos, generalmente financiado por el Estado (Vergara, 1952).

2.1.2. Seguro social

El seguro social tuvo su origen en la Alemania a finales del siglo XIX a través de tres leyes que permitieron la protección obligatoria de los trabajadores obreros como la Ley sobre el seguro de enfermedad de 1883, el cual posteriormente se hizo extensivo a los trabajadores agrícolas y de transportes (Nugent, 1997); Ley sobre accidentes de trabajo de 1884, cuyo financiamiento estuvo a cargo únicamente de los empresarios; Ley sobre jubilación de 1889, Estas normas fueron recogidas en el Código de Seguros Sociales de 1901, por lo que, Alemania se iría convirtiendo en el modelo de los seguros sociales que surgirían en el mundo a finales del siglo XIX y principio del XX.

La comisión de los seguros sociales en la Conferencia del Trabajo de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo realizado en Santiago de Chile en el año 1936, que tuvo como uno de sus ponentes a Edgardo Rebagliati, presentó su informe iniciando con una declaración en la que aseveraba la necesidad que se tiene del seguro social para los trabajadores. El trabajador al obtener su subsistencia gracias al trabajo asalariado sobre una

determinada actividad brindada a un patrono que, al ser interrumpida por diversos motivos como un accidente, una enfermedad, la vejez, la invalidez o muerte, esta menoscaba el sustento del propio trabajador y sus familias, por tanto, en los numerales 3° y 4° establecen lo siguiente:

3° El seguro social obligatorio, 50 años de experiencia lo demuestran, es el medio a la vez más racional y más eficaz de procurar a los trabajadores la seguridad a que tienen derecho.

4° Por consiguiente, la legislación social de cada Estado debe comprender uno o varios sistemas de seguros sociales obligatorios que cubran los riesgos de accidentes del trabajo y de enfermedad profesional, de enfermedad, de maternidad, de vejez, de invalidez y de muerte prematura, y de paro involuntario.

La declaración de Santiago de Chile de la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social reunida del 10 al 16 de setiembre de 1942 define al seguro social como una expresión de la seguridad social, siendo un instrumento de la seguridad social para cumplir con el fin de promover la paz y prosperidad de los miembros de la sociedad por medio del bienestar individual, protegiendo, previniendo y afrontando los riesgos y contingencias sociales (Pérez, 1953; Nugent, 1997; Stein, 1941).

El seguro social se puede entender como una de las formas de la seguridad social con alcance a los asalariados para la atención de los riesgos que le afecten mediante diversas prestaciones, contando para ello con una institución a cargo de las gestiones para cumplir con sus fines, promovido por el Estado y cuyo financiamiento se realiza a través de contribuciones del empleador, el trabajador y del propio Estado.

Por ello, la diferencia que radica entre seguro social y seguridad social es que mientras el primero abarca a los trabajadores asalariados y la atención de los riesgos a las que pueden estar expuestos y, por tanto, su alcance para el caso peruano será de obligatoriedad de la clase

trabajadora obrera; la seguridad social por su parte pretende cubrir los riesgos en los que se encuentran todos los miembros de la sociedad sin excepción alguna. En esa misma línea, también es considerado por Antonio Zelenka, jefe actuario de la División de la Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo, para quien los seguros sociales son los medios más eficaces para llegar a la seguridad social.

2.1.3. Salud pública

La salud pública es un tema que ha sido desarrollado por profesionales médicos como Charles Edward Amory Winslow, quien en 1920 brinda una definición de salud pública aceptada universalmente.

Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio ambiente; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación sanitaria; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (como se citó en Bustíos y Díaz, 2019, p.16)

De acuerdo a ello, el Estado es el responsable de la salud de la población, de establecer una política pública que mejore el estado de salud y la calidad de vida de las personas, previniendo y atendiendo la afección de enfermedades, por lo que, la forma de aplicación de las acciones de promoción de la salud pública va variando en función al espacio y tiempo de una determinada sociedad.

Es durante el periodo virreinal tardío del XVIII que, en el virreinato del Perú, merced al discurso médico, que se inicia el proceso de institucionalización de la salud pública (Lossio, 2003),

siendo uno de sus mayores representantes el médico Hipólito Unanue, quien a la vez se convirtió en un ferviente promotor de modernizar la enseñanza de la medicina. Durante este periodo se promovieron medidas para contrarrestar la falta de higiene de la ciudad de Lima como la vigilancia del aseo de las calles a través de los alcaldes, limpieza constante de acequias, la prohibición del tránsito en las calles de los animales de carga, mejora en la limpieza de las calles, la promoción de la vacuna contra la viruela y la edificación del cementerio general de Lima (Lossio, 2003; Bustíos, 2013). Posteriormente, en el siglo XIX se continuaron adoptando medidas para mejorar las condiciones ambientales que afectaban a Lima como la acumulación de basura en calles, la mala calidad de agua para el consumo humano y, el aire impuro de la ciudad. La Municipalidad de Lima asumió dicha labor logrando que las fábricas eleven más sus chimeneas, la mejora en el recojo de basura de la calle y la protección de las fuentes y piletas de agua y las áreas verdes de la ciudad.

Durante el siglo XX se continuaron con las acciones para la mejora de la salud pública con las nuevas tecnologías y conocimientos en medicina e infraestructura hospitalaria (Lossio y Barriga, 2017). Estos avances de los conocimientos y tecnologías en el Perú fueron acompañados por una legislación que promovía tanto la salud pública como la seguridad social en el Perú como se ve reflejado en el artículo 50° de la Constitución Política de 1933 el cual establece como una función del Estado la sanidad pública y el artículo 48° señala el establecimiento mediante ley de un régimen previsional por enfermedad, invalidez, muerte, desocupación o por vejez. Por ende, la salud pública y el seguro social fueron prioridades para el Estado como lo demuestra la creación del Seguro Social Obligatorio en 1936.

2.1.4. Obrero asegurado

En el Manifiesto Comunista, Marx y Engels consideraban al obrero como un ente convertido en un accesorio de las máquinas que desarrollaba una manipulación sencilla y

monótona para cubrir su manutención, ello considerando que la Revolución Industrial originada a finales del siglo XVIII fue generando a este grupo de nuevo trabajadores, coligiéndose entonces que una de las primeras características de los obreros era la ejecución de sus labores alrededor de alguna máquina en un proceso de producción.

Por su parte la Ley n.º 8433 que crea el seguro social obligatorio, establece que este seguro es obligatorio para los menores de 60 años dependientes de un patrono y que perciban un salario anual de 3 000 soles oro y considera no obligatorio para trabajadores comprendidos en la Ley n.º 4916, norma que hace referencia a beneficios sociales de empleados. Esta falta de definición de la categoría obreros en las normas del seguro social era señalada por Edgardo Rebagliati Martins, quien reflexionaba sobre los límites del campo de aplicación, sosteniendo que el seguro social obligatorio era de aplicación para los obreros de la industria, el comercio y la agricultura (Rebagliati, 1949).

Para la interpretación jurídica peruana, en el marco del derecho laboral, el obrero y el empleado son definidos por Toyama (2010) de la siguiente manera:

obrero a todo subordinado que realizaba un trabajo manual, operario, que ameritaba un gran despliegue físico para realizar el servicio, mientras que se entendía que un empleado se encargaba de las labores “intelectuales”, administrativas, de “oficina” que no exigían de la “fuerza” física para su ejecución. (p.148)

A pesar de no haber definido concretamente a los obreros, la ley de creación del seguro social obligatorio, en el desarrollo de sus capítulos y posteriores normas regulatorias menciona tácitamente la categoría obrera, tal es el caso del artículo 60 sobre las sanciones, estipulando como una falta sancionable al patrón o empleador el no inscribir a sus obreros. En conclusión, de acuerdo con la normativa del seguro social el obrero debía cumplir las siguientes características:

dependencia a un patrón o empleador, percepción de un salario que no exceda los 3 000 soles oro anuales y que realice labores manuales.

Las características no se circunscribían al obrero de fábrica o comercio, además de estos se encontraba el obrero agrícola de las grandes haciendas azucareras, aldoneras y de arroz que tenían una notoria presencia en el Perú desde Piura hasta Arequipa (Burga y Flores, 1979) y, por supuesto también en las haciendas de Lima. En ese sentido, el obrero de Lima era el trabajador manual asalariado de la industria, el comercio o la agricultura, por ello, la Caja Nacional de Seguro Social, a fin de brindar un servicio médico que llegue a este grupo de trabajadores diseñó como medida para su atención médica, el servicio médico rural, el cual consistía en la realización de visitas a los centros de trabajo rurales, entre haciendas agrícolas, y algunas fábricas alejadas como la de Vitarte.

El bienestar del obrero conseguida a través de medidas del Estado en favor de mejorar su vivienda, alimentación y salud se ve reflejado en la construcción de barrios obreros, restaurantes populares y del seguro social obligatorio. El bienestar de los trabajadores como lo señala Chu (1955) debe girar en torno a los servicios que tengan como misión otorgar bienestar a través de medidas que mejoren sus condiciones de vida y sus necesidades tanto de ellos como a su familia.

En el caso peruano, el obrero asegurado, a través de la implementación del seguro social obligatorio obtenía bienestar a través del cubrimiento de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte a través de asistencias médicas y hospitalarias, subsidios en dinero y el otorgamiento de pensión, las cuales permitían al obrero paliar sus necesidades y las de su familia ante la ocurrencia de los riesgos.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente es una investigación histórica de tipo descriptiva argumentativa en la que se precisa, describe y argumenta a partir de fuentes obtenidas en el Archivo Histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD), entre ellas, las actas de sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social, las memorias anuales de la Caja Nacional de Seguro Social, así como fuentes obtenidas de la Biblioteca Central de ESSALUD, entre ellas, la Revista Informaciones Sociales de la Caja Nacional de Seguro Social, asimismo, se consultó normativa relativa al seguro social del Archivo Digital de la Legislación del Perú del Congreso de la República, información que en conjunto permitieron desarrollar el resultado de la investigación.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El ámbito temporal de la presente investigación abarca desde 1941, año en el que entra en funcionamiento el Hospital Mixto y Policlínico de Lima, conocido también como hospital obrero de Lima hasta el año 1945, periodo en el que se vislumbra los beneficios de este en la salud de los obreros, que coincide con el periodo de gobierno de Manuel Prado Ugarteche; no obstante, también se desarrollan hechos previos a la apertura del hospital que ayudan a comprender la visión de la Caja Nacional de Seguro Social respecto al riesgo de enfermedad de los obreros.

El ámbito espacial se circunscribe a Lima Metropolitana, cuyos obreros fueron atendidos en el Hospital Mixto y Policlínico.

3.3. Variables

Dimensión de la variable 1

Seguro social en el Perú

- Surgimiento del seguro social

- Antecedentes de la seguridad social en el Perú
- Caja Nacional de Seguro Social

Dimensión de la variable 2

Obreros asegurados de Lima

- Inscripción de los obreros al seguro social en Lima
- Tuberculosis en obreros
- Sífilis en obreros

Dimensión de la variable 3

Salud pública de obreros

- **Hospital Mixto y Policlínico de Lima**
 - Evaluación de hospital propio
 - Construcción y equipamiento de hospital
 - Escuela de Enfermeras
- **Asistencia médica en Hospital Mixto y Policlínico de Lima**
 - Servicio médico domiciliario
 - Servicio médico rural
 - Servicio de consulta externa
 - Servicio de hospitalización
 - Atenciones médicas por maternidad

3.4. Instrumentos

La presente investigación se realizó consultando las actas de sesión del consejo directivo que datan del año 1936, las memorias anuales en las que se registra las actividades e información financiera de la entidad, ambos grupo de documentos pertenecientes al fondo documental de la Caja Nacional de Seguro Social en custodia del Archivo Histórico del Archivo Central del Seguro Social de Salud – ESSALUD; asimismo, se consultó los diversos números de la colección de la Revista Informaciones Sociales en las que se registran artículos relativos a la seguridad social

nacional e internacional, así como las disposiciones para el funcionamiento de la Caja Nacional de Seguro Social que forman parte de la colección seguridad social de la Biblioteca Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), haciéndose uso de fichas resumen y tablas en formato *word* y *excel*, respectivamente.

Se consultó libros y revistas en formato digital de la Biblioteca del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, la Biblioteca de la Organización Internacional del Trabajo, Biblioteca Virtual en Salud de la Organización Panamericana de la Salud, el portal Dialnet, entre otros portales especializados en materia de seguridad social.

Asimismo, dado que la Caja Nacional de Seguro Social fue una institución pública creada para cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte de los obreros asegurados, su desarrollo y funcionamiento dependía directamente de las normas que así lo regulaban, por ende, se realizó una consulta exhaustiva de las leyes sobre seguridad social se consultó constantemente las normas sobre seguridad social disponibles en el Archivo Digital de la legislación del Perú del Congreso de la República, repositorio que custodia normas desde 1904 a la actualidad.

3.5. Procedimientos

Se realizó la investigación historiográfica relacionada al tema de la seguridad social con un enfoque interdisciplinario, es decir, con investigaciones en materia de salud, derecho, sociología e historia, toda vez que el tema estudiado ha sido abordado por profesionales de estas ramas de la ciencia y para ello se realizó la búsqueda, tanto en bibliotecas físicas y virtuales. Paralelamente, se realizó el análisis de la información contenida en las actas de sesión del consejo directivo con las memorias anuales de la Caja Nacional de Seguro Social y las normas y procedimientos establecidos en las leyes emanadas por el Congreso.

Finalmente, con el análisis y contrastación se pudo obtener información recopilada que ha sido resumido en tablas que reflejan el impacto positivo en la salud del obrero asegurado a través de las atenciones brindadas en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima en el periodo de 1941 a 1945.

3.6. Análisis de datos

La información obtenida de las fuentes documentales luego del análisis heurístico, y el posterior análisis hermenéutico, fue estructurada de tal forma que se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos que permitieron la interpretación histórica.

3.7. Consideraciones éticas (de ser necesario)

Las fuentes documentales utilizadas en la presente investigación son auténticas y se mantienen en custodia de sus respectivos repositorios físicos y digitales de los que se obtuvo información que no fue alterada de forma alguna.

IV. RESULTADOS

4.1. El seguro social en el Perú

4.1.1. *El surgimiento del seguro social*

La Revolución industrial originada a finales del siglo XVIII conllevó a un proceso de transformación tecnológica, económica y social iniciado en Gran Bretaña y expandiéndose rápidamente por Europa y América, este proceso trajo consigo a una nueva población de trabajadores de las nuevas maquinarias e industrias: los obreros, trabajadores que exigían protección a los nuevos riesgos a los que estaban expuestos en las nacientes industrias y que cada vez eran mayores. Esta situación de los trabajadores no fue ajena a los pensadores de la época, en 1848, Marx y Engels (1948) afirmaban:

Con el progreso de la maquinaria y la división del trabajo, la labor del proletario ha perdido todo carácter independiente y, con ello, todo atractivo para el obrero. Este se convierte en un mero accesorio de la máquina, al que sólo se exige la manipulación más sencilla, más monótona y más fácil de aprender. (p.18)

Por lo que, para los autores esta situación conlleva a que:

El trabajador moderno, al contrario, en lugar de ascender con el progreso de la industria, se hunde cada vez más por debajo de las condiciones de su propia clase. El obrero se convierte en indigente y el pauperismo crece aún más de prisa que la población y la riqueza. (p.29)

Las ideas propuestas por estos pensadores ocasionaron el crecimiento de las acciones de los obreros quienes se organizaron en sindicatos con el fin de obtener mayores beneficios, estos hechos permitieron que en 1864 se fundara en Londres la Asociación Internacional de Trabajadores, conocida también como Primera Internacional de Trabajadores. No obstante,

también surgieron tendencias contrarias a dichas ideas, es de apreciarse, por ejemplo, en una carta de Gustave Flaubert a Louise Coulet en 1852 preguntarse “¿Qué es, pues, la igualdad, si no la negación de toda libertad, de toda superioridad y hasta de la naturaleza misma?” (Yepes, 2007, p.79); del mismo modo en *El Nacimiento de la tragedia*, Nietzsche (2008) expresaba que “No hay nada más terrible que un estamento bárbaro de esclavos que ha aprendido a considerar su existencia como una injusticia y se apresta a tomarse la venganza no sólo para sí, sino para todas las generaciones venideras” (p.179).

La fuerza de esta presión social fue creciendo en Alemania, ello a pesar que el 21 de octubre de 1878 se aprobó la Ley contra los esfuerzos públicamente peligrosos de la socialdemocracia, conocida como la Ley antisocialista, norma represiva gestionada por el canciller del Imperio Alemán Otto von Bismarck, intentando evitar el incremento e influencia del Partido Socialdemócrata, prohibiendo las reuniones y los periódicos de las asociaciones socialistas o comunistas, las que de acuerdo a su percepción tenían como objetivo el derrocamiento del orden político o social existente, amenazando la paz pública y la armonía en la población.

Otto von Bismarck, demostró sus dotes de estadista consciente que el movimiento socialista crecía, como se aprecia en las elecciones al Reichstag (Parlamento Alemán) de 1881 en las que el Partido Socialdemócrata aun mantendría escaños, optando por apaciguar el movimiento obrero a través del anuncio de reformas sociales en beneficio de los trabajadores, este anuncio se dio por medio de la Real Proclamación Suprema pronunciada por Bismarck el 17 de noviembre de 1881 en el Reichstag, por indisposición del Emperador Guillermo I, fecha considerada como el nacimiento de la seguridad social, en dicha proclamación se observa una nueva noción del rol del Estado al reconocer Bismarck que (como se cita en Marasco y Fernandez, 2009):

No solo una misión defensiva, dirigida a proteger los derechos existentes, sino también la de promover positivamente, por instituciones apropiadas y utilizando los medios de que dispone la colectividad, el bienestar de todos sus miembros y especialmente de los débiles y necesitados. (p.32)

Las leyes en materia de seguridad social se fueron promulgando progresivamente entre los años 1883 a 1889, así el 15 de junio de 1883 se aprobó la Ley sobre el Seguro de enfermedad, el 6 de julio de 1884 la Ley sobre accidentes de trabajo, y el 22 de junio de 1889, la Ley del Sistema obligatorio de jubilación.

Mediante la ley sobre el Seguro de Enfermedad por primera vez y de carácter obligatorio, el obrero que percibía una remuneración debía estar afiliado a un seguro el cual era financiado por el trabajador obrero y los empresarios con una contribución repartida en 2/3 por parte de los obreros y 1/3 por los empresarios, dicho seguro comprendía el subsidio por 13 semanas y la cobertura por prestación médica y farmacéutica; asimismo, incluía prestaciones de maternidad y un subsidio por fallecimiento.

De esta forma el Imperio Alemán iniciaba la implementación de un seguro social contributivo bajo supervisión del Estado o se iniciaba el Estado del bienestar, como lo manifiesta Adela Cortina (2009):

La creación de un Estado del bienestar en la década de 1880, de la mano de Bismarck, deseoso de contrarrestar al socialismo. Medidas como el seguro de enfermedad, el seguro contra accidentes laborales o las pensiones para la vejez, asumidas por un Estado que hasta entonces sólo había tenido funciones políticas, fomentan el bienestar de los trabajadores y debilitan las reivindicaciones de los menos favorecidos por el sistema. (p.59)

Por su parte la ley sobre Accidentes de Trabajo de 1884 establecía que los costos de este seguro serian asumidos por el empresario, a razón de la percepción de una renta equivalente al 66% de su salario en caso de invalidez permanente producto de un accidente de trabajo, y en el caso de fallecimiento un 20% adicional más 15% por cada hijo menor de 15 años. Asimismo, a efectos de prevenir accidentes de trabajo consideraba las inspecciones en los centros de trabajo de los obreros.

Mediante la ley del Sistema obligatorio de jubilación instaurada en 1889 se establecía un sistema de jubilación obligatorio para los obreros que no superaran el salario de 2000 marcos, percibiendo una pensión a la edad de 70 años.

Las tres leyes precitadas fueron reunidas en 1911 a través del Código de Seguros Sociales, constituyéndose en un sistema de protección obligatoria de los obreros, ampliándose progresivamente el alcance a un mayor número de trabajadores incluido empleados con una relación directa.

Fue Alemania entonces el primer Estado en aprobar una legislación de protección laboral, constituyéndose en un modelo de seguridad social caracterizado por el financiamiento del seguro a través de una contribución obligatoria, tanto del trabajador como por el empleador, existiendo relación directa entre las contribuciones y las prestaciones; por lo que este beneficio alcanzaba solamente a los trabajadores asalariados y no a toda la población laboral.

El modelo de seguro social bismarckiano es el que se difundirá a nivel internacional y en los países de América Latina, coadyuvando a ello la Organización Internacional del Trabajo, creada como consecuencia de los estragos ocasionados por la primera guerra mundial, tanto en plano político, económico y social, como las constantes tensiones laborales de los trabajadores que

reclamaban mejores oportunidades, mayores ingresos y un dialogo constante con el empleador y el Estado.

La Organización Internacional del Trabajo fue creada en la parte XIII del Tratado de Versalles de 1919, con la finalidad de promover mejores condiciones para los trabajadores y la justicia social, como se aprecia en el Preámbulo de la parte XIII del citado Tratado (1920), el cual señala lo siguiente:

Considerando que la Sociedad de las Naciones tiene por objeto establecer la paz universal, y que esta paz no puede fundarse sino sobre la base de la justicia social;

Considerando que existen condiciones de trabajo que implican para un gran número de personas la injusticia, la miseria y las privaciones, lo cual engendra tal descontento que la paz y la armonía universales están en peligro; y considerando que es urgente mejorar dichas condiciones, por ejemplo, en lo concerniente a la reglamentación de las horas de trabajo, a la fijación de una duración máxima de la jornada y de la semana de trabajo, al reclutamiento de la mano de obra, a la lucha contra el paro, a la garantía de un salario que asegure condiciones de existencia decorosas, a la protección del trabajador contra las enfermedades generales o profesionales y los accidentes del trabajo, a la protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres, a las pensiones de vejez y de invalidez, a la defensa de los intereses de los trabajadores ocupados en el Extranjero, a la afirmación del principio de la libertad de asociación sindical, a la organización de la enseñanza profesional y técnica y a otras medidas análogas; Considerando que la no adopción por una nación cualquiera de un régimen de trabajo realmente humano pone obstáculo a los esfuerzos de las demás naciones deseosas de mejorar la suerte de los obreros en sus propios países (p.4)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) durante sus primeros veinte años de existencia realizó convenios y emitió recomendaciones¹, relacionados con la maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, desempleo, invalidez, vejez y muerte, promoviendo la implementación del seguro social basado en el modelo alemán de afiliación contributiva y obligatoria, la administración autónoma con control del Estado y la participación de los asegurados o sus representantes en la gestión de la entidad. Estas normas son promulgadas entre los años 1919 a 1939 y forman parte de la primera generación de normas de las tres generaciones de instrumentos sobre seguridad social, denominadas así por la misma Organización Internacional del Trabajo a través de las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo como en La seguridad social y la primacía del Derecho (2011), donde se afirma que “Del examen de los 90 años de actividad normativa de la OIT en el ámbito de la seguridad social se desprende que, histórica y conceptualmente, estas normas comprenden tres generaciones de instrumentos basadas en enfoques evolutivos” (p.9).

Los convenios y recomendaciones emitidas por la OIT en el periodo 1944 a 1964, que corresponden a la segunda generación de normas versaban sobre asistencia médica, protección de la maternidad, igualdad de trato, ello englobados dentro de la seguridad social. En tanto que la tercera generación de normas de 1965 a 1988 abarcaba temas como prestaciones en caso de accidentes o enfermedades relacionadas con el empleo, sistema de pensiones, sistema de protección contra el desempleo, entre otros, que promovían el aumento de protección de los trabajadores.

¹ Los convenios y recomendaciones desde 1919 a la actualidad se encuentran disponibles en la página web de la Organización Internacional del Trabajo: <https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12000:::NO>

Al igual que la evolución de las normas de la OIT, los derechos humanos han ido pasando por etapas de acuerdo con los acontecimientos históricos ocurridos que van a influenciar en la creación de los seguros sociales en diversos países. Estas etapas consideradas como generaciones de los derechos humanos son descritas por Germán J. Bildart como:

Un fenómeno cronológico y temporal que se ubica en el tiempo histórico, en el ámbito de la cultura, en la evolución de las ideas políticas y en el curso del derecho constitucional, todo lo cual le da un contorno de fenómeno cultural, humano, propio de la vida de los hombres, de lo que piensan, representan, son, aspiran, proyectan, ambicionan, hacen, valoran, esperan, necesitan, etcétera (Flores, 2015, p. 27).

Los denominados derechos humanos de primera generación surgen en el contexto de la Revolución americana de las 13 colonias con la Declaración de Derechos de Virginia de 1776, la Revolución Francesa y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 y tiene una fuerte influencia individualista, caracterizados como derechos civiles y políticos, entre los derechos civiles resaltan el derecho a la libertad, a la vida, a la igualdad ante la ley, entre otros y entre los derechos políticos surgen el derecho a la participación política, a elegir representantes, a ser elegido, entre otros. Sin embargo, los derechos de la primera generación al girar en torno a la individualidad de las personas irán complementándose en lo sucesivo, merced a las luchas sociales del siglo XIX, a las ideas de Marx y Engels y las reuniones de la Internacional Socialista y congresos sindicales, naciendo de esta manera los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos, el derecho a al trabajo, a la remuneración justa, a la seguridad social, a una pensión, al descanso semanal, a la jornada máxima, el derecho a protección familiar, los derechos de los niños y adultos mayores, el derecho a la salud, a la educación, a la alimentación. a la vivienda.

Los derechos humanos de la primera generación se consagraron a las libertades individuales posibilitando que la participación del Estado sea de mero vigilante del cumplimiento de estos derechos; en tanto que, para el cumplimiento de los derechos de la segunda generación se requería de la participación activa del Estado. Esta diferencia lo reflexiona Antonio Enrique Pérez Luño, jurista y filósofo del derecho español, señalando en Pérez (2013):

La distinción, que no necesariamente oposición, entre ambas generaciones de derechos se hace patente cuando se considera que mientras en la primera los derechos humanos vienen considerados como derechos de defensa (*Abwehrrechte*) de las libertades del individuo, que exigen la auto limitación y la no injerencia de los poderes públicos en la esfera privada y se tutelan por su mera actitud pasiva y de vigilancia en términos de policía administrativa; en la segunda, correspondiente a los derechos económicos, sociales y culturales, se traducen en derechos de participación (*Teilhaberechte*), que requieren una política activa de los poderes públicos encaminada a garantizar su ejercicio, y se realizan a través de las técnicas jurídicas de las prestaciones y los servicios públicos. (p. 167).

Es de apreciarse la importante influencia que tuvo la Organización Internacional del Trabajo durante las primeras décadas del siglo XX, así como, la aparición de los derechos sociales de la segunda generación de derechos humanos, durante las últimas décadas del siglo XIX y durante el siglo XX, para la implementación de los seguros sociales en los países del orbe, entre ellos el Perú, siendo Chile el primer país en introducir el seguro social en América en 1925 y en la misma década prosiguieron Uruguay, Argentina, Cuba y Brasil, cuyas experiencias, en especial la de Chile, servirían para la implementación del seguro social peruano.

4.1.2. Antecedentes de la seguridad social en el Perú

La seguridad social tiene el propósito de ser integral en tanto involucra la protección de toda la población para asegurar y mejorar su situación ante los riesgos de salud, accidentes y los que afecten su condición económica con el fin de lograr el bienestar de los miembros de la sociedad², como tal, la seguridad social se inicia a través de diversas formas como la asistencia social y la previsión social.

En la época del Tahuantinsuyo o imperio inca la autoridad representada en el curaca o el inca era la encargada de la administración de tierras a través de la construcción de andenes para el cultivo, así como canales de riego con la finalidad de aumentar tierras cultivables, cuyos excedentes serían almacenados en los depósitos o colcas para su redistribución a la población en situaciones que así lo ameriten como sequías o guerras (Pease, 2009).

De acuerdo con Espinoza (2012) en el Tahuantinsuyo los curacas incorporados al aparato estatal tenían deberes y obligaciones para con el estado imperial, afirmando que una de esta obligación era:

Ante todo, la preocupación por la seguridad material de todo ser humano sometido a su jefatura. De ahí el anhelo de repartir lotes de tierras agrícolas a toda pareja que formalizara su unión hogareña, la recuperación de las parcelas dejadas por los muertos. También para que nunca dejaran de sembrar y cosechar la chacra de los huérfanos, inválidos, viudas y ancianos sin prole, que constituían los pobres o *huacchas* de la comunidad, y a los cuales dirigía más a menudo su sensibilidad. También de los que estaban fuera cumpliendo

² La Organización Internacional de Trabajo maneja en sus publicaciones una definición de seguridad social similar y que también es compartida por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en sus publicaciones y en su página web: <https://www2.trabajo.gob.pe/direccion-de-seguridad-social-dgt/>

misiones oficiales, por ejemplo, de los guerreros en campaña. En la estación apropiada convocaba para la limpieza de acequias de riego. Velaba para que los linderos de sus tierras, sobre todo la de los pastos colectivos, no sufrieran menoscabos de ninguna índole. Organizaba las *mingas* o trabajos comunales para la construcción o reparación de canales, senderos, puentes, edificios colectivos (huacas). En casos de heladas, sequía, granizada, inundaciones y terremotos que arrasaban los cultivos campesinos, satisfacía las necesidades de los más afectados de su masa grupal mediante subsidios extraídos de sus propios excedentes y reservas (p.351).

En el Tahuantinsuyo se hacía evidente la existencia de un sistema de previsión social administrado por el aparato estatal que demostraba la preocupación del Estado por el bienestar de la población.

Durante el virreinato la asistencia social hacia los más necesitados estaba imbuida por la piedad, la caridad y la fe religiosa de particulares y del gobierno virreinal, con el advenimiento de la República esta asistencia pasó a estar bajo la administración del Estado, creándose organismos a cargo de la asistencia social, entendiendo a esta como un beneficio que se le brinda a las personas de escasos recursos, financiado por impuestos o por donaciones y cuya ayuda podía ser en alimentos, vestimenta o atenciones médicas.

Fue Hipólito Unanue, presidente del Consejo de Gobierno, quien en los albores de la naciente república, iniciaría la asistencia pública (Paz Soldán, 1914) con la creación de la Junta de Beneficencia, merced al Decreto Supremo de octubre de 1825 y, posteriormente, el 30 de junio de 1826, con el fin de centralizar la administración de los establecimientos de la Beneficencia Pública de Lima, se crea la Dirección General de Beneficencia Pública, estando a cargo del Hospicio de

pobres, casa de huérfanos y huérfanas, hospitales, Casa de Amparadas, cementerios, cárceles y al fomento de la vacunación.

Los nosocomios de la Beneficencia Pública de Lima fueron los lugares donde se atendían los obreros antes del inicio de operaciones de los centros médicos de la Caja Nacional de Seguro Social en Lima, siendo los más importantes el hospital arzobispo Loayza y el hospital dos de mayo, nosocomios de cuya información estadística se proyectó la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima.

La previsión social, que considera la prevención ante necesidades eventuales y futuras a través de prestaciones dinerarias o atenciones médicas, durante la etapa republicana se inicia gracias al otorgamiento de pensiones de jubilación a los empleados públicos, ello de acuerdo a la Ley de fecha 20 de noviembre de 1839, que tiene como antecedente a la Real Orden del Rey de España de 8 de febrero de 1803 por la que los empleados de la Real Hacienda adquirirían derecho a una jubilación. Posteriormente, la Ley General de Jubilación, Cesantía y Montepío del 22 de enero de 1850, denominada Ley de Goces, hace extensivo el régimen pensionario a los empleados públicos, disponiendo en el artículo primero:

Todos los empleados públicos con título de gobierno legítimo, tienen derecho a la jubilación en el caso de que una edad avanzada, o enfermedad crónica legalmente comprobada, les impidan continuar en el desempeño de sus destinos. La edad avanzada de este artículo se entenderá de setenta años para arriba.

Sin embargo, es recién a partir de la promulgación de la Ley n.º 8435, de fecha 25 de junio de 1936, que el beneficio de la jubilación es alcanzado a los funcionarios y empleados de la administración pública estableciéndose en su artículo primero lo siguiente:

Quedan comprendidos en la Ley de 22 de enero de 1850, del Decreto Supremo de 4 de noviembre de 1851 y en los que, conceden las demás leyes y disposiciones vigentes sobre jubilación, cesantía y montepío, todos los funcionarios, los profesionales y los empleados que hubieren prestado o que presten servicios al Estado en los diversos ramos de la administración pública, Terminal Marítimo y de todas las demás dependencias fiscales.

En 1937, escribía el doctor Edgardo Rebagliati Martins que correspondía al Perú la primacía en Sudamérica sobre la organización y legislación del trabajo, por lo menos a nivel de iniciativas, dado que en 1905 el Poder Ejecutivo remitió al Congreso proyectos de normas relacionados a descanso obligatorio, horas de trabajo, higiene y seguridad de los trabajadores, trabajo de niños y mujeres, indemnización por accidentes de trabajo, contrato de trabajo, contrato de aprendizaje, asociaciones industriales y obreras, conciliaciones y arbitrajes, y Junta Nacional del Trabajo.

Los proyectos presentados no fueron discutidos ni debatidos por el Congreso a excepción de aquellos relacionados al trabajo de niños y mujeres y sobre accidentes de trabajo, promulgándose el 20 de enero de 1911, la Ley n.º 1378 que responsabilizaba al empresario por los accidentes ocurridos en el trabajo a los obreros y empleados con una indemnización de renta vitalicia equivalente al 33% del salario anual, para el caso de incapacidad absoluta y permanente, en tanto que, en caso de incapacidad parcial y permanente el trabajador percibía una renta vitalicia equivalente al 33% de la diferencia entre el salario anterior al accidente y el salario menor que ganaría por causa del accidente. Igualmente, en caso que el trabajador afectado tenga incapacidad absoluta y temporal percibía una renta equivalente al 33% del salario que ganaba cuando ocurrió el accidente y, si la incapacidad era parcial y temporal, el trabajador percibía una renta equivalente al 50% de la diferencia entre el salario anterior al accidente y el salario inferior que ganaría hasta

su completo restablecimiento. En caso el accidente ocasionase la muerte del trabajador, el empleador se hacía cargo de los gastos ocasionados por el funeral y la cónyuge percibía una renta vitalicia del 11% del salario anual, así como los hijos percibirían una renta equivalente al 22% del salario anual distribuido entre los hijos con el fin de auxiliarlos en sus necesidades venideras.

El empleador también estaba obligado a brindar al obrero asistencia médica en caso de accidente de trabajo hasta que el damnificado se encuentre apto para retornar a laborar; sin embargo, no se definía el establecimiento de salud en el que se brindaría la asistencia médica, tal es así que el artículo 15° de la Ley, señalaba lo siguiente:

El empresario tiene el derecho de designar el médico y la farmacia. El obrero podrá hacer esa designación si el empresario no ejercitase la facultad que le corresponde, exigiendo, en este caso, la tarifa que fije el Poder Ejecutivo. Subsiste, sin embargo, durante el periodo de la asistencia, el derecho de designación que confiere la ley al empresario.

Otra norma previsional fue la Ley n.° 2851, de fecha 23 de noviembre de 1918, denominada Ley de trabajo de los niños y mujeres por cuenta ajena, la que regula la jornada laboral de las mujeres y los menores de edad, el cual no debe exceder de seis horas diarias ni de treinta y tres horas semanales para el caso de los niños entre 12 y 14 años y para el caso de las mujeres mayores de edad y los niños de catorce a dieciocho años de edad el trabajo que brinden no debe exceder de ocho horas semanales ni cuarenta y cinco semanales. Asimismo, regula la atención de maternidad brindándole descanso médico pre y posnatal a razón de veinte días anteriores al alumbramiento y cuarenta días posteriores al alumbramiento, estando obligado el empleador de realizar el pago del 60% del salario a la mujer embarazada en tanto dure el descanso por maternidad. Otro beneficio para las mujeres que han sido madres, de acuerdo a la precitada norma, era la obligatoriedad del

empleador de establecer salas-cuna en los que las madres puedan atender a sus niños hasta que cumplieren un año de edad.

En los primeros años de la década de 1930 la crisis económica mundial afectó al Perú y por ende a la masa trabajadora, generándose movimientos urbanos con la participación de obreros, quienes fueron adscribiéndose al partido aprista y al partido socialista, partidos que en sus respectivos programas políticos proponían medidas en favor de los obreros, entre ellos la creación del seguro social. El 7 de octubre de 1928, acordado el Acta de constitución del partido socialista y constituido su primer comité ejecutivo con José Carlos Mariátegui como secretario general se le encarga a este último la redacción del programa del partido socialista, documento que fue aprobado en 1929, en el que se establece como una reivindicación para los trabajadores el establecimiento de los seguros sociales y de la asistencia social del Estado. Por su parte el programa mínimo o plan de acción inmediata del partido aprista peruano de 1931 proponía la creación de un sistema de seguridad social.

Gracias a las medidas de protección a las industrias peruanas, iniciadas en el gobierno de Augusto Bernardino Leguía y continuadas durante el gobierno de Oscar Raimundo Benavides, tales como el aumento a los aranceles de productos importados, sumado al aumento de la exportación del algodón y de los minerales como el oro, plomo y zinc provenientes de la mediana y pequeña minería de empresarios nacionales, permitieron al Perú ser uno de los pocos países en Latinoamérica que se recuperaron prontamente de la crisis económica mundial. La bonanza económica durante el gobierno del general Oscar Raimundo Benavides permitió que el Estado aumente el gasto público, recuperando en el año 1936 las cifras de gasto realizado en 1929,

considerando dentro de ello a los gastos por promoción social³, por ende, en la década de 1930 a 1940 se aprecian medidas que propiciaban el bienestar de los trabajadores como el beneficio a la jubilación, construcción de viviendas obreras y la creación del seguro social.

De acuerdo con Drinot (2016) estas medidas por parte del Estado tenían un objetivo mayor que el detener la militancia de los obreros hacia el partido aprista o al partido socialista y la neutralización de la izquierda, el motivo que subyacía era que los obreros al conformar parte de la industrialización eran vistos como agentes del progreso con una función civilizadora para la población indígena.

Sin embargo, la población indígena no fue beneficiaria del seguro social y esta exclusión no se debió a su condición étnica sino a su condición laboral debido a que el modelo del seguro social era el bismarckiano o contributivo, por lo que, el requisito para su acceso era ser asalariado. Marasco y Fernández (2009) afirman: “el esquema de Bismarck propugna la solidaridad entre “iguales”, es decir, entre personas que comparten características similares, fundamentalmente su condición de “trabajador”, y otorga protección ante las contingencias con relación al “aporte” o “esfuerzo” previamente realizado” (p.52). Si bien para la década de 1930, demográficamente el campesino era superior a los obreros y se podía afirmar que el Perú era un país campesino y agrario, estos se encontraban aún dentro de una economía tradicional, por ello la crisis económica de aquellos años afectó más a la ciudad que al campo (Burga y Flores, 1979); por ende, las demandas de los movimientos campesinos diferirán de acuerdo a la economía de la zona, así mientras en la sierra sur las demandas giraban en torno a la supresión o disminución de las obligaciones de trabajo o de tributos, término de abusos y usurpaciones de las autoridades estatales y de los hacendados;

³ Carlos Parodi en su artículo sobre el gasto público e inversión para el desarrollo social, 1930-1980 (2020, p. 421) señala que los gastos de promoción social son aquellos cuyo objetivo es la mejora de los niveles de vida a través de la promoción en las áreas sociales de salud, instrucción pública, trabajo y justicia.

las demandas de la costa norte versaban sobre salarios más altos y/o reducción de horarios de trabajo, mejoras en las condiciones de trabajo y de vida (Kammann, 1982). Esta diferencia de las demandas de los movimientos campesinos de la costa norte se debe a que dicha zona se encontraba vinculada con el desarrollo económico de la producción de las haciendas azucareras, por tanto, sus demandas giraban en torno a las consecuencias desfavorables que sufrían ante alguna crisis que afectara al sistema económico y por ende a ellos.

Durante las primeras décadas del siglo XX se van creando seguros sociales en Sudamérica en el marco de la aplicación de políticas de seguridad social, ello teniendo en consideración que la seguridad social a través del Estado tiene el propósito de ser integral en la protección de la población respecto a los riesgos de salud y accidentes y aquellos que afecten su condición económica a fin de lograr su bienestar; por lo que, para el cumplimiento de este fin se fueron creando los seguros sociales, si bien en esta primera etapa la seguridad social no abarcó a la totalidad de la población, fue el comienzo de la seguridad social valiéndose de los seguros sociales para alcanzarlo, tal como los señala Pérez (1953):

Los Seguros sociales son instrumentos técnicos para una finalidad; la Seguridad Social es esta finalidad que puede admitir diversos medios. Por eso, aun tomando a ésta en un sentido limitado, no pueden confundirse ambos términos, porque están entre sí subordinados como instrumento y fin. (p.45)

De igual modo, Antonio Zelenka, el jefe de la División de la Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo, afirmaba en Zelenka (1953):

Los seguros sociales obligatorios son, no solamente uno de los medios por los cuales se realiza la Seguridad Social, sino, al menos hasta ahora, el medio más importante y el más eficaz. (p.23)

Previa a la aparición del Seguro Social en el Perú, la Constitución Política de 1920 señalaba que el Estado Peruano tenía la función de previsión social, resaltando en los artículos 47° y 56°, lo siguiente:

Artículo 47°.- El Estado legislará sobre la organización general y la seguridad del trabajo industrial y sobre las garantías en él de la vida, de la salud y de la higiene. La ley fijará las condiciones máximas del trabajo y los salarios mínimos en relación con la edad, el sexo, la naturaleza de las labores y las condiciones y necesidades de las diversas regiones del país. Es obligatoria la indemnización de los accidentes del trabajo en las industrias y se hará efectiva en la forma que las leyes determinen.

Artículo 56°.- El Estado fomentará las instituciones de previsión y de solidaridad social, los establecimientos de ahorros, de seguros y las cooperativas de producción y de consumo que tengan por objeto mejorar las condiciones de las clases populares.

De igual forma la Constitución Política del año 1933 señalaba en los artículos 46°, 48° y 50° lo siguiente:

Artículo 46°.- El Estado legislará sobre la organización general y las seguridades del trabajo industrial y sobre las garantías en él de la vida, la salud y la higiene. La ley fijará las condiciones máximas de trabajo, la indemnización por tiempo de servicios prestados y por accidentes, así como los salarios mínimos en relación con la edad, el sexo, la naturaleza de las labores y las condiciones y necesidades de las diversas regiones del país.

Artículo 48°.- La ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros y las cooperativas.

Artículo 50°.- El Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, moral y social de la población.

En virtud a la función previsional del Estado y al amparo del artículo 48° de la Constitución Política de 1933, el cual disponía el establecimiento mediante una norma de un régimen de previsión social en casos de enfermedad, invalidez, desocupación, edad, y muerte; el gobierno del presidente Oscar Raimundo Benavides Larrea encargó en 1935 a Edgardo Rebagliati Martins, la elaboración del proyecto de Ley del Seguro Social, quien para cumplir con lo encomendado visitó Chile, Argentina y Uruguay, países que ya contaban con experiencia en la implementación del seguro social, a fin de conocer sus experiencias en cuanto a su organización, administración y los servicios brindados,

El ministro de salud, Armando Montes, mediante oficio n.º 22, de fecha 26 de noviembre de 1935 remitió al Congreso Constituyente el proyecto de Ley del Seguro Social Obligatorio adjuntando el informe técnico actuarial elaborado por Franz Shruefer sobre los cálculos financieros del seguro social. El Congreso, luego de revisar el proyecto de ley aprobó la Ley n.º 8314, en el que se autoriza poner en vigencia el proyecto de ley del Seguro Social con la atinencia de poder introducir innovaciones a propuesta de una comisión designada por el Congreso. Esta comisión fue conformada por los congresistas Armando Montes como presidente, así como por Emilio Romero y Víctor Arévalo; por su parte, el Poder Ejecutivo conformó su comisión para las innovaciones al proyecto de ley, siendo presidida por el ministro de salud pública, trabajo, y previsión social, Fortunato Quesada e integrada por Edgardo Rebagliati, director de previsión social y José Manuel Calle, director de trabajo. Ambas comisiones conformaron una comisión

mixta que elaboró el texto definitivo del proyecto del seguro social obligatorio para ser promulgado por el Poder Ejecutivo, lo que ocurriría en agosto de 1936.

4.1.3. La Caja Nacional de Seguro Social

El 12 de agosto de 1936 se promulga la Ley n.º 8433 (Ver anexo A), que establece el seguro social obligatorio para obreros y crea a la Caja Nacional de Seguro Social como entidad encargada de la administración de dicho seguro. A partir de esta norma se establece el seguro social obligatorio para las personas menores de 60 años que trabajan habitualmente bajo dependencia de un patrono cuyo salario anual no exceda los 3000 soles oro, los trabajadores de servicio doméstico, a los aprendices, así como los trabajadores independientes cuyos ingresos anuales no excedan de 3,000 soles oro y se establece también la admisión de trabajadores, siempre que sus ingresos anuales no excedan de 3,000 soles oro, denominándoseles asegurados facultativos o independientes. De acuerdo con ello, para la inscripción al seguro social el trabajador debía cumplir con el requisito de contar con un trabajo frecuente y no esporádico; tener menos de 60 años, esto con el fin de poder cumplir con el número de cotizaciones requerida de 1040 imposiciones semanales efectuadas para conseguir pensión al jubilarse; percibir un salario anual no superior a 3,000 soles oro, entendiendo que este grupo de trabajadores por percibir un salario bajo tenían mayor necesidad de protección en comparación de aquellos que ganaban un salario mayor y por tanto tenían las condiciones para atenderse por su cuenta o poseían el beneficio de otras normas previsionales como los empleados públicos o privados.

El artículo 3º de la Ley n.º 8433, establece al grupo de trabajadores que no eran considerados como asegurados obligatorios, entre ellos, los empleados privados, empleados del Estado, Concejos Municipales, Sociedades de Beneficencia Pública y Compañías Fiscalizadas. Esta excepción giraba en torno a que el salario de estos era superior a los 3,000 soles oro y, por

tanto, no cumplían los requisitos para su inscripción al seguro social obligatorio. Los empleados particulares se encontraban al amparo de la Ley n.º 4916 para los temas previsionales como el seguro de vida, pago de gastos de sepelio, subsidio por inhabilitación de trabajo; por su parte los empleados públicos merced a la Ley n.º 8435, de fecha 25 de junio de 1935, tenían acceso a pensión de jubilación y gracias al Decreto Ley n.º 10902, del 19 de noviembre de 1948, que crea el Seguro Social Obligatorio del Empleado, tanto los empleados públicos y privados, obtenían protección para los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Es de apreciarse que la Ley n.º 8433 en lo concerniente al campo de aplicación del seguro social obligatorio no menciona expresamente que este sea para obreros, sin embargo, el artículo 60º del Capítulo VIII, sanciones, establece multas que deben aplicarse a los patronos que incumplan con la inscripción de sus obreros o aprendices o que no descuentasen del salario de los obreros las cuotas al seguro social. Igualmente, el segundo párrafo de la Primera Disposición Transitoria señala que el Poder Ejecutivo determinaría la fecha en que comenzaría a cobrarse las cuotas a los obreros y a los patronos.

Por tanto, los requisitos necesarios para ser beneficiario del seguro social eran: la dependencia de un patrono y que tenga un ingreso anual no mayor de 3,000 soles oro, características que eran aplicable a los obreros, trabajadores que realizaban labores manuales en fábricas, en las haciendas agrícolas o en otros centros de trabajo similares. Edgardo Rebagliati Martins (1949) era explícito al sostener que “la Ley peruana de Seguros Sociales limita su campo de aplicación a los obreros de la industria, el comercio y la agricultura, y que cubre, con prestaciones en dinero y cuando es el caso en especie, los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte” (p. 5). Era distinguible el obrero del empleado por el menor salario que percibía, así como por la actividad manual que desempeñaba, como reflexiona Toyama (2010)

sobre la diferenciación de ambos trabajadores desde los orígenes del derecho laboral peruano el cual consideraba:

obrero a todo subordinado que realizaba un trabajo manual, operario, que ameritaba un gran despliegue físico para realizar el servicio, mientras que se entendía que un empleado se encargaba de las labores “intelectuales”, administrativas, de “oficina” que no exigían de la “fuerza” física para su ejecución. (p.148)

El funcionamiento del seguro social obligatorio dependía de los aportes o cuotas que brindaban los asegurados, los patronos (empleadores) y el Estado, calculados sobre el salario de los trabajadores obreros, además de otros ingresos como las multas por infracciones al cumplimiento de las normas relacionadas al seguro social, el 1% sobre el valor de los pagos del Estado, municipalidades y compañías fiscalizadas, el 2% del consumo de alcoholes y bebidas alcohólicas, las donaciones que recibiera y la capitalización de sus reservas.

Las cuotas o contribuciones de los asegurados dependientes, independientes y facultativos variaban en su porcentaje, estableciéndose cuotas diferenciadas como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1

Cuota del Seguro Social por tipo de asegurado según Ley n.º 8433

Tipo de asegurado	Cuota		
	Asegurado	Patrono	Estado
Asegurado dependiente	2.5 %	4.5%	1%
Asegurado independiente	3.5%	-	2.5%
Asegurado facultativo	7%	-	1%

Nota: Elaborado en base a la Ley n.º 8433 en la que se detalla el porcentaje de la cuota que debe aportar el asegurado, el patrono o empleador y el Estado.

No obstante, los porcentajes a ser cubiertos para el funcionamiento de la Caja fueron sufriendo modificaciones para poder cumplir con los fines encomendados, aprobándose la Ley n.º 8509 la cual determinó modificaciones en lo relacionado al porcentaje de las cuotas del asegurado, el patrono y el Estado, estableciendo los porcentajes de acuerdo al detalle en la tabla 2.

Tabla 2

Cuota del Seguro Social por tipo de asegurado según Ley n.º 8509

Tipo de asegurado	Cuota		
	Asegurado	Patrono	Estado
Asegurado obligatorios	1.5 %	3.5%	1%
Asegurado facultativo: trabajador independiente (solo riesgo de maternidad y enfermedad)	1.5%	-	1%
Asegurado facultativo: trabajador independiente (para todos los riesgos que cubre el seguro social)	3.5%	-	2.5%
Asegurado facultativo: Trabajador de servicio doméstico	1.5%	3.5%	1%

Nota: Elaborado en base a la Ley n.º 8509 en la que se detalla las modificaciones a los porcentajes de las cuotas que debe aportar el asegurado, el patrono o empleador y el Estado.

Este reajuste de las cuotas se realizó en virtud a lo establecido en el Decreto Supremo del 14 de noviembre de 1936 el cual señaló que de acuerdo a los estudios actuariales matemáticos realizados se formularía un plan de reducción de cuotas de los trabajadores. El actuario Franz Schrufer realizó el informe técnico actuarial para reducir las cuotas patronales y la de los trabajadores sin alterar la capacidad económica de la Caja, reduciéndose a las cantidades señaladas en la tabla 2, el cual quedó plasmado en la Ley n.º 8509, modificándose la denominación de los asegurados dependientes e independientes a obligatorios y facultativos, respectivamente. Del mismo modo, se dieron importantes precisiones sobre el cobro de las cuotas, disponiendo que el pago de la cuota de los trabajadores se haría efectivo luego de establecerse los servicios médicos para la atención de los riesgos e enfermedad y maternidad en la respectiva circunscripción donde

labora el trabajador y, mientras se encuentre suspendida dicha cobranza, los patronos pagarían su cuota solamente al 2% y no al 3.5 % sobre el monto de los salarios de los trabajadores, en tanto, que el Estado pagaría el total de su cuota, a saber el 1% del monto de los salarios, ello con la finalidad de generar los ingresos necesarios para el funcionamiento de la Caja Nacional de Seguro Social y la implementación y equipamiento de los centros asistenciales propios.

Siguiendo con el modelo bismarckiano, propio de la época y de la región, el seguro social fue contributivo y de acuerdo a su norma de creación debió brindar prestaciones por cada riesgo, como en el caso del riesgo por enfermedad para el que las prestaciones a brindar fueron la asistencia médica, asistencia hospitalaria, servicio de farmacia y subsidio en dinero; en el riesgo de maternidad las prestaciones fueron la asistencia médica, asistencia hospitalaria, servicio de farmacia; el riesgo de invalidez conlleva a la prestación de pensión de invalidez; el riesgo de vejez contaba con la pensión de vejez y para el riesgo de muerte se brindaba una suma de dinero para gastos del funeral. El detalle de las prestaciones brindadas por tipo de riesgo se visualiza en la tabla 3.

Tabla 3

Prestaciones brindadas por tipo de riesgo

Prestaciones	Riesgo				
	Enfermedad	Maternidad	Invalidez	Vejez	Muerte
Asistencia médica	x	x			
Asistencia hospitalaria	x	x			
Servicio de farmacia	x	x			
Subsidio en dinero	x				x
Pensión			x	x	

Nota: Elaborado en base a la Ley n.º 8433 en la que se establece los tipos de prestaciones brindadas por cada tipo de riesgo.

La administración de las aportaciones estaba a cargo de la Caja Nacional de Seguro Social cuyo Consejo Directivo se encontraba constituido de la siguiente manera:

El ministro de salud pública, que lo presidía, el director de previsión social, el director general de salubridad, dos representantes de los asegurados, dos representantes de los patronos, un médico designado por la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el gerente general de la Caja Nacional de Seguro Social.

El gobierno expidió el 12 de agosto de 1936 la Resolución Suprema que encargó al doctor Edgardo Rebagliati Martins la instalación y organización de la Caja Nacional de Seguro Social, posteriormente, mediante Resolución Suprema de fecha 24 de noviembre de 1936 se designó al señor Rafael Escardó, propietario de la Hacienda Maranga, y al señor Eugenio Ísola, Gerente de la fábrica de tejidos de San Jacinto como los delegados patronales y, por parte de los delegados obreros, fueron designados los señores don Cristian Bustamante, trabajador de la empresa del Ferrocarril Central del Perú, y Juan Valle, trabajador de la fábrica de Tejidos La Victoria y, posteriormente la Universidad Nacional de Mayor de San Marcos designó al catedrático doctor Ricardo Palma como delegado de la facultad de ciencias médicas.

El Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social de Salud, también integrante del Consejo Directivo, fue elegido en la primera sesión, sesión de instalación, del Consejo Directivo de la Caja Nacional⁴ de fecha 7 de diciembre de 1936 (Ver anexo B), recayendo tal función en el Dr. Edgardo Rebagliati Martins, quien se encargó de difundir los beneficios hacia los trabajadores que traía consigo el seguro social y concientizar a los empresarios sobre la necesidad y obligación de brindar su aporte correspondiente. Dado que estos aportes en beneficio del trabajador obrero

⁴ AHSSS. Primera acta de sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1936. F 3-4. En esta acta se designa por unanimidad a Edgardo Rebagliati como Gerente General por su labor como autor del proyecto de la ley del seguro social y organizador de la CNSS.

implicaban una aportación obligatoria por los empresarios, la ley tuvo opositores quienes buscaban su inaplicación, tal es el caso de los industriales azucareros, cuyo reclamo se da cuenta en la cuarta sesión del Consejo Directivo, en el que se comunica que:

Se dio cuenta del oficio dirigido al presidente del Consejo por el presidente de la Asamblea de Productores de Azúcar, en el que se expresa que por razón de la gravedad de la crisis de la industria que representa estima inoportuna en relación con ella la aplicación de la ley del Seguro Social.⁵

La organización de la Caja Nacional de Seguridad Social fue determinada en su reglamento interno en el que se estableció las funciones de cada unidad de organización como el Consejo Directivo, Gerencia General, Junta Médica Central, Departamento de Actuario, Departamento Técnico-Estadístico, Departamento de Inspección, Departamento de Investigaciones Sociales y Biblioteca, Departamento de Contabilidad, Departamento Legal; Secretaría General, Archivo y Mesa de Partes, Dirección Médica General, Departamento Médico de Asistencia e Higiene Social, Departamento Médico de Maternidad y Lactancia, Departamento Médico de Tuberculosis, Departamento Médico de Paludismo, Departamento de Farmacia, Departamento de Materiales y Personal, Departamento de Propaganda, Sección Informes.

En cuanto a la determinación de los departamentos o provincias en los que se aplicaría de forma inmediata el seguro obligatorio, la Primera Disposición Transitoria de la Ley n.º 8433 facultaba al Poder Ejecutivo a establecerlas, indicando que para ello se tendría en consideración el desarrollo industrial, la situación geográfica y la posibilidad de su establecimiento en los lugares a determinar. En virtud a ello, el Ejecutivo expidió el Decreto Supremo de fecha 14 de noviembre

⁵ AHSSS. Acta de la cuarta sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1937. F 31-32.

de 1936 el cual modificaba el Decreto Supremo de 12 agosto del mismo año, estableciendo que los departamentos y provincias en los que se aplicaría el seguro social serían la provincia de Huaraz y Santa, del departamento de Ancash; provincias de Arequipa e Islay, del departamento de Arequipa; provincia del Cercado del departamento de Cajamarca; provincia del Cercado del departamento del Cusco; Departamento de Ica; provincias de Paseo, Huancayo, Jauja y Yauli, del departamento de Junín; Departamento de Lambayeque; provincias de Trujillo, Pacasmayo, Otuzco, Santiago de Chuco y Pataz, del departamento de La Libertad; provincias de Lima, Chancay, Huarochiri y Cañete, del departamento de Lima; provincias de Piura, Paita y Sullana, del departamento de Piura; provincia del Cercado del departamento de Puno; y provincia constitucional del Callao.

Edgardo Rebagliati en su Informe sobre la instalación y organización de la Caja Nacional de Seguro Social⁶, fechado el 30 de noviembre de 1936, expresaba respecto a los departamentos y provincias en los que se implementaría el seguro social lo siguiente:

En virtud de lo dispuesto en el Decreto Supremo del 14 del presente mes, que señala los departamentos y provincias en los que entrará en vigencia la ley n.º 8433, han quedado excluidas las circunscripciones, donde el trabajo indígena asume carácter preferente.

Esta afirmación se entiende al ser el seguro social un sistema contributivo que requería por lo tanto de trabajadores asalariados para el pago de las cuotas, por ello, el inicio del seguro social debía realizarse en las zonas con economías modernas como en la costa norte vinculada a la agricultura en especial de la caña de azúcar y al petróleo, la sierra central con actividades mineras, el surandino con el comercio de lanas y en Lima las industrias, por ello se establecía que

⁶ El Informe de Edgardo Rebagliati, encargado de la instalación y organización de la Caja, dando cuenta de su labor se encuentra en el número 1 de la revista *Informaciones Sociales* (1937). P. 175- 194.

inicialmente el seguro social obligatorio se aplicaría en los Departamentos de Ancash, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Ica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Lima, Piura, Puno y en la provincia constitucional del Callao.

Para el año 1938, la Caja Nacional de Seguro Social, con el fin de brindar asistencia médica eficaz a sus asegurados, planificó la construcción de sus propios centros asistenciales al comprobar, merced a sus investigaciones, la existencia de un déficit de camas de hospital en relación a las necesidades de la población, así como un déficit de equipos médicos y medicinas y la distribución de servicios médicos públicos en las zonas urbanas más que en las zonas rurales, concluyendo que la obra asistencial debía comprender la construcción de hospitales, consultorios, postas médicas rurales y dispensarios volantes. El programa asistencial de la Caja Nacional de Seguro Social comprendía la construcción a nivel nacional de 12 hospitales, 30 policlínicos y 55 postas médico rurales.

Los hospitales programados para su construcción se dividían en tres grupos:

- a) Hospitales con más de 80 camas, con consultorio anexo, correspondiente a poblaciones con numerosa cantidad de asegurados y en los que es factible por su geografía y clima unir en un solo establecimiento las atenciones de consultorio externo y las hospitalizaciones. En este grupo se proyectaron los hospitales de Lima, Piura, Chiclayo, Chocope (Valle de Chicama), Ica y Arequipa.
- b) Hospitales con más de 80 camas, sin consultorio anexo, correspondiente a poblaciones con numerosa cantidad de asegurados, pero no resulta posible la unión de consultorios externo y las hospitalizaciones. En este grupo se proyectaron los hospitales de la Oroya y la Quinua o Huariaca en la provincia de Pasco.

- c) Hospitales con menos de 80 camas, con consultorio anexo, correspondiente a poblaciones con menor cantidad de asegurados y que tienen acceso a servicios asistenciales cercanos.

En este grupo se proyectaron los hospitales de Trujillo, Huacho, Cañete y Chíncha.

Dado que la construcción de hospitales estaba relacionada con la cantidad de asegurados por zona el Hospital Mixto de Lima brindaría asistencia médica a los asegurados de Lima, Callao y Huarochirí, así como en ocasiones necesarias a los asegurados provenientes de Cañete, Chíncha, Huaral y Chancay. Por su parte, el hospital de Piura brindaba asistencia médica a los asegurados de la provincia de Piura, Sullana y Paita, a excepción de la zona petrolera. El Hospital de Chiclayo brindaba asistencia médica a los asegurados de Lambayeque. El hospital de Chocope brindaba asistencia médica a los asegurados de la industria agrícola del valle de Chicama. El hospital de Ica brindaba asistencia médica a los asegurados del mismo departamento y de forma ocasional a los enfermos de Cañete. El hospital de la Oroya y el de Cerro de Pasco debido a las condiciones climáticas se construyeron en Huariaca y Huaymanta, respectivamente. El hospital de Trujillo brindaba asistencia médica a los asegurados de Trujillo, así como a los asegurados de los valles de Santa Catalina y Virú. El hospital de Huacho brindaba asistencia médica a los asegurados de Huaura, Barranca, Pativilca y Supe. Por su parte los hospitales de Cañete y Chíncha brindaban asistencia médica a los asegurados en casos de emergencia.

Los policlínicos responden a la atención temprana de los enfermos reduciendo su posible hospitalización y se dividían en tres grupos.

- a) Policlínico tipo A en los lugares con mayor población de asegurados con diversos consultorios como quirúrgico, oftalmología, otorrinolaringología, laboratorios, fisioterapia, farmacia y radiodiagnóstico, así como dispensario antituberculoso y de

maternidad y lactantes. Este tipo de policlínico se proyectó para el Callao, Lambayeque y Pisco.

- b) Policlínico tipo B en los lugares con menor población de asegurados con únicamente consultorio médico quirúrgico general, así como dispensario antituberculoso y de maternidad y lactantes. Este tipo de policlínico se proyectó para Sullana, Paita, Guadalupe, Chimbote, La Oroya, Cerro de Pasco, Huancayo y en Mollendo o Matarani.
- c) Policlínico tipo C para los lugares con una mínima población de asegurados y ubicados en propiedades particulares como haciendas y empresas mineras contando solamente con un consultorio general. Este tipo de policlínico se proyectó para Zapotal (Paita), Pátapo (Chiclayo), Cayaltí, Laredo, Casa Grande, Roma, Sausal, Cartavio, Chiclín, San Jacinto (Santa), Paramonga (Chancay), Casapalca, Morococha, Huachón (Pasco), Huarón, Colquijirca, Tambo Real y Casma.

Las postas médicas rurales respondían a la atención médica en núcleos reducidos de los obreros asegurados que se encontraban alejados de las zonas urbanas. Las postas médicas debían contar de forma permanente con un enfermero y para la atención de consultas médicas será visitado periódicamente por un médico, por lo que, a de contar con una sala médico quirúrgica. Las postas médicas rurales se ubicarán en los siguientes lugares y en las siguientes cantidades: Sullana (2), Piura (3), Paita (1), Lambayeque (1), Chiclayo (3), Trujillo (1), Pacasmayo (2), Santa (3), Chancay (4), Huarochirí (2), Lima (4), Cañete (2), Chincha (4), Pisco (2), Ica (8), Yauli (4), Pasco (4), Huancayo (1), Islay (2), Arequipa (2), proyectándose un total de 55 postas médicas rurales a nivel nacional como se observa en la tabla 4.

Tabla 4*Proyección de postas médicas rurales a nivel nacional*

Ubicación	Cantidad de postas médicas rurales proyectadas
Sullana	2
Piura	3
Paita	1
Lambayeque	1
Chiclayo	3
Trujillo	1
Pacasmayo	2
Santa	3
Chancay	4
Huarochiri	2
Lima	4
Cañete	2
Chincha	4
Pisco	2
Ica	8
Yauli	4
Pasco	4
Huancayo	1
Islay	2
Arequipa	2
Total	55

Nota: Cantidad de postas médicas planificadas en el Programa asistencial de la Caja Nacional de Seguro Social.

4.2. Obreros asegurados en Lima

4.2.1. La inscripción de los obreros al seguro social en Lima

La Caja Nacional de Seguro Social a través del Departamento de Inspección estuvo a cargo de supervisar el pago de las cuotas de los patronos (empleadores) y la inscripción de los asegurados a través de visitadores de zona, inspectores regionales e inspectores locales, iniciando sus labores en Lima y Callao el día 29 marzo de 1937. Al principio, los trabajadores no cumplían con el llenado de la cédula de inscripción y por ende los empleadores remitían las cédulas sin los datos ni las firmas del trabajador, ello debido a la inicial evasión que les generaba la cuota como asegurado que se les debía hacer para el funcionamiento del seguro social, conllevando a que la Caja Nacional de Seguro Social se encargue de fomentar la inscripción de los obreros, resaltando los beneficios que esta le traía, enviaba una circular firmada por el Gerente General, Edgardo Rebagliati fechada el 22 de mayo de 1937, cuyas líneas versaban lo siguiente:

No puede existir trabajador que ignore el valor de conquista de clase que le representa el Seguro Social Obligatorio. No conquista como consecuencia de lucha, puesto que el progreso es y debe ser para una sociedad organizada, una senda de serenas progresiones, sino conquista de cultura social, de civilización, que ha llegado a concluir a través de rudas experiencias, en que todo individuo de la colectividad y especialmente el trabajador que da a ella sus energías físicas, tiene derecho a que la sociedad las regule y preserve tanto, mientras producen, como cuando han rendido ya el último de sus esfuerzos. Es la conquista social que aparta definitivamente la mano tendida implorando caridad; es la conquista que aleja a la esposa y a la hija de la sombra equívoca de los portales de media noche; es la conquista que mantiene alta la frente del trabajador aún en la edad en que sus espaldas se curvan, porque ya puede esperar tranquilo su vejez y soportar risueño su reclusión de

abuelo, sin temer por el mañana de la esposa y de los hijos. Esa conquista que el Estado peruano ha incorporado a la legislación social, no puede ser negada, rehuida ni discutida por ningún trabajador. (p.326)⁷

El proceso de inscripción de los trabajadores se inició en los primeros meses del año 1937, culminando ese año con 173,943 asegurados inscritos, aumentando progresivamente en los años subsiguientes, como se aprecia en la tabla 5.

Tabla 5

Asegurados inscritos en Lima de 1937 a 1945

Año	Asegurados de Lima		Total, de asegurados a nivel nacional
	Número de asegurados	Porcentaje de asegurados de Lima con relación al total de asegurados	
1937	56 770	33%	173 943
1938	71 813	30%	238 233
1939	80 656	29%	274 388
1940	88 884	29%	308 909
1941	90 000	-	-
1942	-	-	134 267
1943	-	-	165 671
1944	-	-	196 170
1945	114 654	52%	221 019

Nota: La información de los asegurados de Lima de los años 1942 a 1944 no se encontraron en los documentos institucionales, pero si la de nivel nacional. Elaborado en base a la Tercera memoria

⁷ La circular enviada por la Caja Nacional de Seguro Social a los trabajadores se encuentra en el número 2 de la revista *Informaciones Sociales* (agosto 1937). p. 325-327.

de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1939, cuarta memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1940 y novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949

A partir del año 1942, aparentemente se registra una disminución del número de asegurados, sin embargo, el resultado se da por el sinceramiento de la información dado que para la contabilización de asegurados se tomaba en consideración las cédulas de inscripción recibidas, las que a veces eran llenadas en más de una ocasión, ello gracias al fichaje de los afiliados efectuado bajo el sistema *Hollerith* con las máquinas tabuladoras del mismo nombre.

Por su parte, los empleadores fueron inscritos a nivel nacional en los registros patronales desde el año 1937, y para que los empleadores se concienticen de la necesidad de su aporte Edgardo Rebagliati remitía en 1937 una circular a los patronos de fecha 18 de junio de 1937 en la que fundamentaba y justificaba el aporte patronal en términos económicos:

Un obrero sano y sin problemas de hogar es un obrero que rinde más; esto en cuanto a la producción inmediata. Alejar al obrero de la miseria es levantar el nivel de vida de la clase más numerosa de la sociedad y con esto ampliar su capacidad adquisitiva. Quien más tiene más compra. Y así a la larga pero ineludiblemente, se amplía el campo de colocación de los productos de la fábrica y de los artículos de comercio. Baja en el costo por una mayor eficiencia del trabajador y aumento en las ventas por acrecer la capacidad adquisitiva de la población, he aquí las perspectivas de esta inversión a largo plazo, que es el “aporte patronal” (p.329)⁸

⁸ La circular enviada por la Caja Nacional de Seguro Social a los patronos se encuentra en el número 2 de la revista *Informaciones Sociales* (agosto 1937). p. 328-330.

En 1937 se empadronaron a 8 443 centros de trabajo para el pago de las cuotas patronales, distribuyéndose las cuentas individuales patronales en los departamentos del territorio nacional, teniendo inscrito en Lima y Callao 4 997 centros de trabajo que corresponde al 59.2 % de los inscritos, evidenciándose para el año 1937 en el Registro Patronal los rubros a los cuales pertenecían los centros de trabajo, los que a continuación se detallan en la tabla 6.

Tabla 6

Centros de trabajo por rubros de Lima y Callao en 1937

Rubro	Lima		Callao	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Minería	0	0%	0	0%
Agricultura	55	1.2 %	15	2.3 %
Manufactura	769	17.3 %	65	10 %
Comercio	837	18.8 %	127	19.5 %
Alimentación, bebidas y tabaco	1 523	34.3 %	273	42 %
Indumentaria, aseo	853	19.2 %	89	13.7 %
Transporte	56	1.3 %	23	3.5 %
Construcciones	158	3.6 %	14	2.2 %
Entidades públicas	124	2.8 %	22	3.4 %
Particulares	19	0.4 %	3	0.5 %
Sin datos	51	1.1 %	19	2.9 %

Nota: El mayor porcentaje de centros de trabajo corresponde al grupo Alimentación, bebidas y tabaco el cual comprendía a encomenderías, pulperías, cafés, bares y cantinas. Elaborado en base a la Primera memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1937.

La mayor cantidad de número de centros de trabajo en Lima en 1937 se encontraba en el rubro de alimentación, bebidas y tabaco, correspondiendo a Lima Metropolitana el 34.3% del total de centros de trabajo y el 42% en el Callao del total de centros de trabajo de la provincia constitucional. En este rubro predominaban los negocios dedicados a encomenderías, pulperías, cafés, bares y cantinas.

La cantidad de centros de trabajo inscritos en el Registro Patronal aumentaron en los años siguientes, permitiendo que la Caja Nacional de Seguro Social obtenga los fondos necesarios para su funcionamiento, tal como se evidencia en la información de la tabla 7.

Tabla 7

Centros de trabajos inscritos a nivel nacional por año

Año	1937	1938	1939	1940
Centros de trabajo Inscritos	8,433	12,323	13,420	13,637

Nota: Elaborado en base a la segunda memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1938 y la cuarta memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1940.

4.2.2. La tuberculosis en los obreros

El Dr. Luis Sayé, catedrático principal de Tisiología de la Facultad de Medicina de Barcelona y miembro del Instituto Pasteur de Paris escribía en 1938 sobre la importancia que tendría el seguro social en la lucha contra la tuberculosis⁹ y señalaba que el Perú se encontraba en

⁹ En 1938 el Gobierno Peruano invitó al Dr. Luis Sayé a dictar conferencias en Lima y, conocedor de la construcción del hospital mixto de la Caja Nacional de Seguro Social escribiría el artículo titulado “Sobre la obra antituberculosa

la fase de tuberculización dada las altas cifras de mortalidad de Lima y Callao y otras características como la alta frecuencia de contagio en niños de 0 a 1 año en una proporción siete veces más alta que ciudades europeas. Igualmente brinda como dato importante el gran número de obreros que fueron rechazados en los núcleos mineros por padecer de tuberculosis y aquellos obreros mineros que se contagian en las minas y luego regresan a su localidad poniendo en riesgo a la población.

El Dr. Sayé se encontraba imbuido por las ideas eugenésicas de la época al considerar a la “raza” como un factor principal en la difusión de la tuberculosis en el Perú al afirmar en su artículo titulado “Sobre la obra antituberculosa del Seguro Social en el Perú”, lo siguiente:

La gravedad esencial, en nuestro sentir, del problema de la tuberculosis en el Perú no reside tanto en su difusión e incluso en la relativa dificultad de realizar campañas profilácticas de envergadura en los núcleos mineros, como en el hecho de la existencia de razas, como la india, con una inferioridad evidente ante la tuberculosis y en que de un modo general puede afirmarse que el mestizaje crea una disminución de resistencia efectiva contra esta enfermedad. (p.325)

A pesar de las ideas eugenésicas del Dr. Sayé, las recomendaciones que brindó para la lucha antituberculosa de los obreros por parte del seguro social escapan de la influencia de dichas ideas. Estas recomendaciones versaban sobre las siguientes acciones:

- Disponer de camas necesarias para asistir al mayor número de contagiados.
- Identificar el mayor número de tuberculosos en el corto plazo.
- Tratamiento adecuado de los casos de tuberculosis inaparente.

del Seguro Social en el Perú”, publicado en la revista *Informaciones Sociales* (1938). Año II, número 4, abril 1938. P. 323 -329.

- Investigar las causas de la tuberculosis en la población asegurada.
- Crear el servicio antituberculoso prenatal y postnatal
- Realizar exámenes periódicos de los asegurados.

El Dr. Sayé (1938) resume las acciones antituberculosas que debería contemplar el Seguro Social con las siguientes palabras:

La campaña profiláctica futura ha de orientarse hacia el tratamiento del mayor número posible de tuberculosos asegurados en el menor tiempo que sea dable al reconocimiento de la masa total de asegurados supuestos sanos para tratar y observar a enfermos ignorados y sospechosos a vacunar con B. C. G. a cuantos individuos sanos y no infectados sean reconocidos como tales por los servicios del Seguro. Esta es, en resumen, la obra inmediata. Cumplida esta etapa de reducción progresiva de los enfermos asegurados tuberculosos, la labor debe completarse con el estudio de las causas de la tuberculosis en los asegurados, evitando el contagio intrafamiliar y en lo posible extrafamiliar por una acción médica cada vez más vasta sobre la colectividad. (p.328)

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX la práctica terapéutica de la climatoterapia aún era recomendada por médicos peruanos, esta proponía el tratamiento de la tuberculosis por medio de un clima favorable en cuanto a la radiación solar, temperatura, presión atmosférica, luminosidad, vientos, entre otros, promovida debido a la gran influencia de la medicina francesa en el Perú como en el caso del médico, Francisco Almenara Butler, quien proponía la implementación de un sanatorio para el tratamiento de enfermos de tuberculosis en Tamboraque dentro de la provincia de Huarochiri en el departamento de Lima, lugar que fue identificado como favorable por su clima para el tratamiento de la tuberculosis, contando con el apoyo del Estado, que por Decreto Supremo fechado el 5 de mayo de 1895, encargó a una comisión presidida por el

mismo Almenara Butler la búsqueda del lugar para la construcción del mencionado sanatorio (Nuñez, 2009). Posteriormente, en virtud a los avances de la escuela médica alemana en microbiología, realizado por científicos como Robert Koch y Karl Flügge y las investigaciones relacionadas al contagio de la tuberculosis a través de secreciones, como la saliva por la boca o los estornudos por la nariz, se va superando el tratamiento de climatoterapia para la tuberculosis por medidas de profilaxis e higiene (Bustíos, 2015), preponderándose en los inicios del siglo XX la implementación de dispensarios y sanatorios especializados.

En el contexto de superación de la práctica de la climatoterapia y la afectación de esta enfermedad en la población obrera es que desde sus inicios el Seguro Social comienza a preponderar el bienestar y la higiene de los obreros, de tal manera que el artículo 14 de la Ley n.º 8509 dispone que las reservas de la Caja Nacional de Seguro Social sean invertidas, entre otros rubros, en la construcción e instalación de consultorios, maternidades, dispensarios y sanatorios para tuberculosos, por ello, el Hospital Mixto y Policlínico de Lima y los consultorios externos dedicaban atención a los afectados por esta enfermedad, contando con 44 camas para la hospitalización de los enfermos de tuberculosis.

La tuberculización era tan notoria en los obreros que, al 28 de febrero de 1941, 18 días después de la inauguración del Hospital Mixto y Policlínico de Lima habían 30 tuberculosos (28 hombres y 2 mujeres) hospitalizados y 36 pacientes atendidos en consultorio externo, incrementándose en los meses posteriores de forma progresiva y a los nueve meses de funcionamiento del hospital se tenía la cifra de atención de 301 hospitalizados y 8 495 consultas externas realizadas.

En el primer año de atención a los afectados de tuberculosis en el Hospital Mixto los médicos del Departamento Broncopulmonar opinaban que solo el 50% de los pacientes tenían

posibilidad de curarse y el otro 50% no debido a que presentaban lesiones muy avanzadas¹⁰ y, por lo tanto, el tratamiento que se le brinde no tendría resultados reversibles de su situación, correspondiéndole en ese caso, una subvención económica como pensión por invalidez por parte de la Caja Nacional de Seguro Social.

En el registro de defunciones de los obreros en el Hospital Mixto era considerable el número de fallecidos afectados por tuberculosis en comparación a otras enfermedades, como se puede apreciar en la tabla 8 que representan el 31% de defunciones.

Tabla 8

Defunciones por especialidad en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Especialidad	1941		1942		1943		1944		1945		%
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Medicina	95	16	181	24	156	28	170	20	157	19	50%
Cirugía	26	3	46	6	57	3	41	6	35	6	13%
Tuberculosis	54	10	100	25	90	32	70	11	112	23	31%
Maternidad	-	2	-	-	-	5	-	1	-	5	1%
Sala – cuna (recién nacidos)	7	7	16	10	4	5	16	10	9	5	5%
Subtotales	182	38	343	65	307	73	297	48	313	58	
Totales	220		408		380		345		371		

Nota: Elaborado en base a la octava memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944 y novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

¹⁰ “Tuberculosis e invalidez”, en Revista *Informaciones Sociales* (1942). Año VI, número 2, segundo trimestre 1942. P. 167-171.

Los beneficios que brindaba el riesgo por enfermedad contra la tuberculosis y otras que afectaban a los obreros asegurados generaron la ocurrencia de prestaciones ilegítimas que se constataron en la inscripción de extraños al seguro obligatorio, el préstamo de libretas de cotización o carnets de identidad, colocación de estampillas por mayor valor para elevar el monto de los subsidios. En estos fraudes intervinieron los patronos, los asegurados o ambos a la vez, lo que motivó a la aplicación de las sanciones definible de acuerdo a la naturaleza del acto, tanto a los patronos que cometiesen actos que conllevaron a la obtención de prestaciones para personas sin estar a su servicio, como a los trabajadores asegurados que cometiesen actos fraudulentos para provecho propio o para terceros a través del préstamo de la libreta de cotización y el carnet de identificación¹¹.

4.2.3. La afección de sífilis en los obreros

La segunda especialidad médica más consultada en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima durante el periodo de 1941 a 1945 fue el de Venereología, rama de la medicina encargada del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ocasionadas por transmisión sexual, lo que guarda correlación con el considerable número de contagios de sífilis registrados en Lima en las primeras décadas del siglo XX que fue de suma preocupación por el Estado quien desde 1911 crea la Asistencia Pública de Lima, a cargo de la Dirección de Salubridad, para combatir la afección de enfermedades infecciosas como refleja su organización: dispensario para la tuberculosis, dispensario para enfermedades venéreas, dispensario para las enfermedades de los niños, una

¹¹ En el acta de la octogésima tercera sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social, de fecha 22 de septiembre de 1941, se aprobó la gradación de las sanciones para los que participen en el fraude o declaración falsa, además del pago de las prestaciones indebidamente brindadas.

sección encargada de temas de alcoholismo y un puesto para la atención accidentes (Bustíos, 2015).

Desde los primeros años del siglo XX el Estado Peruano empieza a implementar políticas para disminuir la proliferación del contagio de la sífilis a través de medidas que reglamentaban el ejercicio de la prostitución, tenida como el foco de proliferación de esta enfermedad. El Estado inicia acciones de vigilancia a través de la policía gracias al otorgamiento de licencias a prostíbulos y sanciones con multas, asimismo, se realiza el control médico de forma constante por parte de los médicos de la Asistencia Pública y el registro de las prostitutas de Lima (Drinot, 2022). Bajo esa misma línea se irán creando dispensarios antivenéreos como el de Lima y el del Callao en 1911, respectivamente, y en 1936 se creaba el dispensario antivenéreo en el barrio obrero de La Victoria y en el del Rímac, medidas tomadas debido al considerable número de contagios registrado en los obreros. En los dispensarios se podía diagnosticar de sífilis y continuar su tratamiento; no obstante, ante la falta de abasto para la atención de los afectados y con la necesidad de contar con un hospital exclusivo para el tratamiento de las prostitutas contagiadas de sífilis se implementa el sifilicomio de Lima en 1923 (Pasco y Nuñez, 2009).

A finales de 1920 las estrategias reglamentaristas del Estado para el control y disminución de la sífilis fue variando hacia la difusión de la educación sexual en la población, sin embargo, estas no llegaron a ser favorables en el control y disminución de la sífilis como refleja la gran cantidad de atenciones médicas externas brindadas en la especialidad médica de venereología en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima en el periodo de 1941 a 1945, la cual se detalla a continuación en la tabla 9.

Tabla 9

Atenciones médicas externas por especialidad brindados por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Especialidad médica	1941		1942		1943		1944	1945
	H	M	H	M	H	M	H/M	H/M
Medicina General	39 353	5 928	56 303	9 872	74 317	18 847	104 621	109 278
Cirugía General	16 151	1 184	26 368	3 132	30 211	3 427	30 929	20 882
Venereología	20 131	270	40 675	479	32 698	498	30 365	29 488
Dental	17 123	4 685	28 442	9 802	30 681	12 521	43 725	33 948
Cirugía plástica	422	101	762	147	1 101	158	1 600	763
Subtotales	93 180	12 168	152 550	23 432	169 008	35 451	211 240	194 359
Totales	105 348		175 982		204 459		211 240	194 359

Nota: Elaborado en base a la quinta memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941, octava memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944 y la novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

4.3. La salud pública de los obreros en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima

La salud pública se expresa a través de la ejecución de acciones como la promoción, protección, recuperación y rehabilitación (Amador, 1979). De estas acciones, tanto la recuperación y rehabilitación se encuentran dentro de la esfera de la asistencia médica las que para su cumplimiento requiere de establecimientos de salud con personal médico y asistencial necesario y especializado, este escenario lo tuvo claro la Caja Nacional de Seguro Social, por lo que, desde el inicio de su funcionamiento fue proyectando la forma más adecuada para brindar asistencia médica oportuna a los obreros asegurados de Lima, obteniendo como resultado de su evaluación que

correspondía en beneficio de la población obrera contar con un hospital moderno acorde con sus necesidades de atención y de la mano con la tecnología médica para ese entonces, así como de los expertos internacionales en la planificación y construcción de hospitales.

4.3.1. La evaluación del hospital propio

Los servicios de salud para la atención de los riesgos de enfermedad y de maternidad en Lima se realizaron inicialmente teniendo en consideración el artículo 75 de la Ley n.º 8433, el cual establecía que la Caja Nacional de Seguro Social se haría cargo del costo de los servicios hospitalarios de los asegurados en los hospitales de la Beneficencia Pública, ello hasta contar con sus propios centros asistenciales. Para su cumplimiento, se pensó inicialmente en acondicionar algunos hospitales de Lima, como sustenta el Dr. Edgardo Rebagliati, Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social al Consejo Directivo en la novena sesión del día 19 de julio de 1937¹², proponiendo la construcción de un establecimiento para atenciones de maternidad que se ubicaría anexo a la Maternidad de Lima, la construcción de un consultorio para atención ambulatoria; la construcción al lado derecho del hospital dos de mayo de salas para medicina general y cirugía, y la construcción de salas quirúrgicas en el hospital arzobispo Loayza para los enfermos de medicina general. Para determinar el costo que acarrearía las mencionadas construcciones se encomendó esta labor a la firma Fred T. Ley y Cia. Ltda.

Considerando como primera opción para la atención de la salud de los obreros asegurados la construcción o ampliación de algunos hospitales ya en funcionamiento en Lima y en el que se atendían los obreros previos a la aprobación del seguro social obligatorio, la firma Fred T. Ley y Cia. Ltda., realizó la evaluación del costo estimado que implicaría las construcción o intervención

¹² AHSSS. Acta de la novena sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1937. F 57-58.

en la maternidad de Lima, el hospital dos de mayo y el hospital arzobispo Loayza, producto del cual proyectó gastos aproximados en soles para dichos nosocomios cuya información se precisa en la tabla 10.

Tabla 10

Costo estimado de construcciones para la atención de asegurados

Valor de terreno	Valor de construcción	Total de número de camas	Ubicación de la construcción
S/ 18,000.00	S/ 180,000.00	45	Maternidad de Lima
-	S/ 420,000.00	350	Hospital dos de mayo
-	S/ 80,000.00	60 para enfermos comunes 68 para enfermos de tuberculosis	Hospital arzobispo Loayza
S/ 30,000.00	S/ 300,000.00	-	Un policlínico para 350 consultas diarias

Nota: Se aprecia el elevado costo en la construcción o ampliación de los nosocomios de Lima para la atención de los obreros asegurados de Lima. Elaborado en base al Acta de la décima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS) Libro 1. 1937.

Ante esta estimación del costo de las obras para brindar atención médica por enfermedad o maternidad a los asegurados, el Consejo Directivo acordó en la décima sesión, realizada el 5 de agosto de 1937, la construcción del Hospital mixto para Lima y Callao, expresando lo siguiente:

En vista del elevado coste de las obras proyectadas y de la consecuencia de que la Caja Nacional de Seguro Social preste a sus asegurados atención especial en los riesgos de enfermedad y maternidad y de que dicha atención se diferencie o independice de la que actualmente se otorga en los hospitales de Beneficencia a los enfermos indigentes, acordó el Consejo, después de examinar los datos, informes e investigaciones practicadas por la

gerencia y por los Departamentos de Actuariado y Técnico Estadístico, la construcción de un Hospital mixto para los asegurados de Lima y Callao.¹³

Para conocer la capacidad probable que debía tener el Hospital Mixto y Policlínico de Lima el Departamento de Actuariado realizó estudios al respecto elaborando el cálculo probable de asegurados de acuerdo con el censo electoral del año 1933 y a las inscripciones al seguro social que se venía dando, proyectándose 45 000 asegurados para Lima y 7 000 para el Callao que sumaban un total de 52 000 asegurados de los que en base a las probabilidad de enfermedad de 35% de acuerdo con las experiencias de los seguros sociales de Alemania, Francia y Chile correspondería aproximadamente 18 000 enfermos anualmente que necesitarán atención médica diferenciada: hospitalización, consultorios externos y consulta a domicilio, proyectándose la atención para 4,000 hospitalizaciones en Lima y Callao entre hombres y mujeres, requiriéndose para ello 450 camas; atención en consulta externa para 12,000 enfermos y 2,000 asegurados que necesitarán atenciones de visitas médicas.

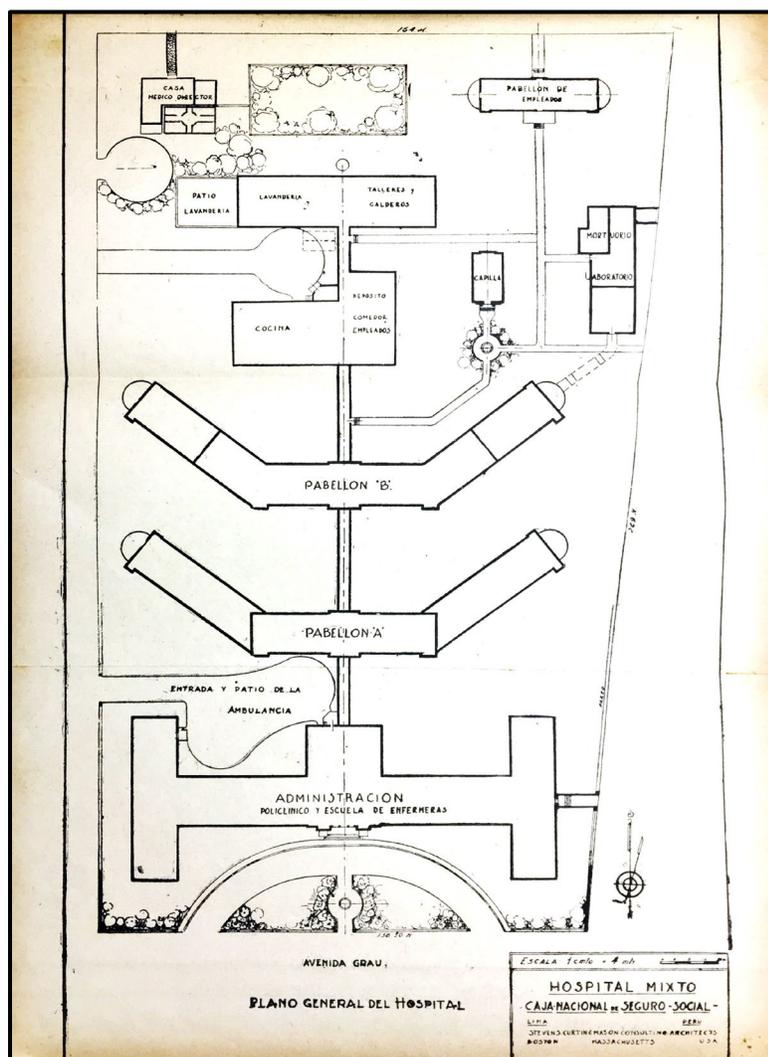
Para la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima el Consejo Directivo acordó que los planos sean elaborados por la firma *Stevens, Curtis & Mason*, de Boston¹⁴.

¹³ AHSSS. Acta de la décima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1937. F 61-62.

¹⁴ AHSSS. Acta de la undécima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1937. F 63-64.

Figura 1

Plano general del Hospital Mixto y Policlínico de Lima elaborado por la firma Stevens, Curtis y Mason de Boston



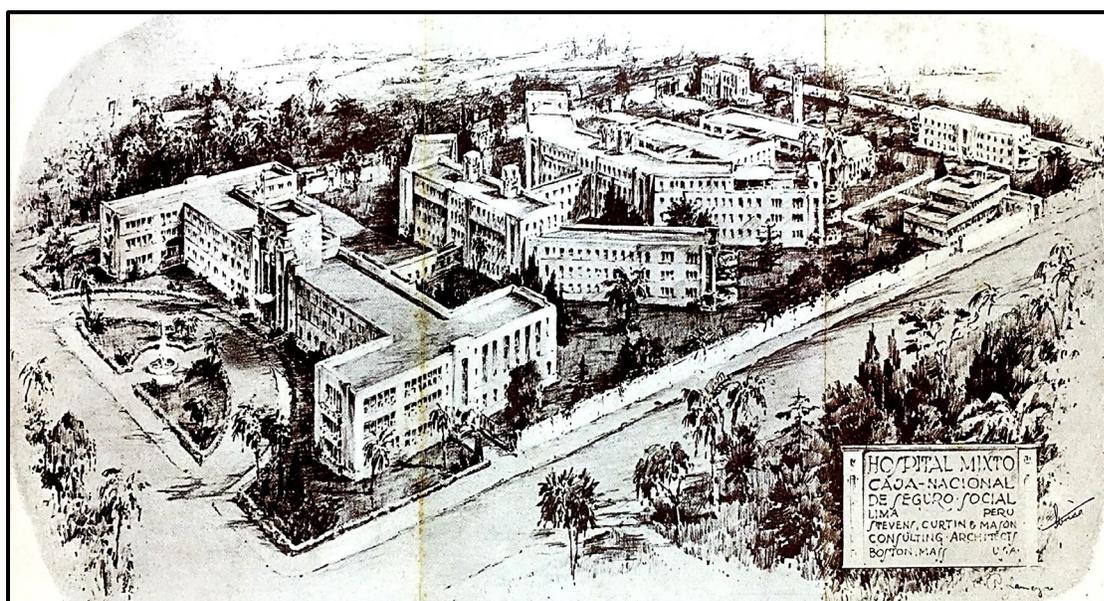
Nota. Revista Informaciones Sociales (1938). Año II, número 1, enero 1938, p.68.

Esta firma contaba con una vasta experiencia en la planificación y dirección de la construcción de más de doscientos cincuenta establecimientos de salud en Estados Unidos y Canadá como el *Bridgeport Hospital* y *New Britain General Hospital* de Connecticut; *St. Luke's Hospital* y *Tampa Hospital* de Florida; *Everett General Hospital*, *Children's Hospital*,

Washington Memorial Home for Incurables de Washington; *Ottawa Civic Hospital*, *Hospital Building*, *Hospital for Sick Children*, *Wellesley Private Hospital*, *Women's College Hospital* de Ottawa; *Royal Victoria Hospital*, *Ross Pavilion*, *Addition to Nurses Residence*, *Out-Patient's Building*, *Maternity Building*.- *Notre Dame Hospital* de Quebec, entre otros. En tanto que, para la ejecución de esta obra se celebró el contrato con *Fred T. Ley & Cía. Ltda.* de Lima, filial de la firma norteamericana *Fred T. Ley y Cía. Ltd*, empresa con experiencia en la construcción de edificios modernos en Lima y Callao como el edificio *Wiese*, *Hotel Bolívar*, *Lima High School*, *Hospital arzobispo Loayza*, *Colegio Antonio Raimondi*, *Banco Internacional*, entre otros. Ambas firmas de demostrada experiencia en su rubro conformaron el equipo a cargo de la elaboración de los planos y la construcción del primer nosocomio para los obreros de Lima.

Figura 2

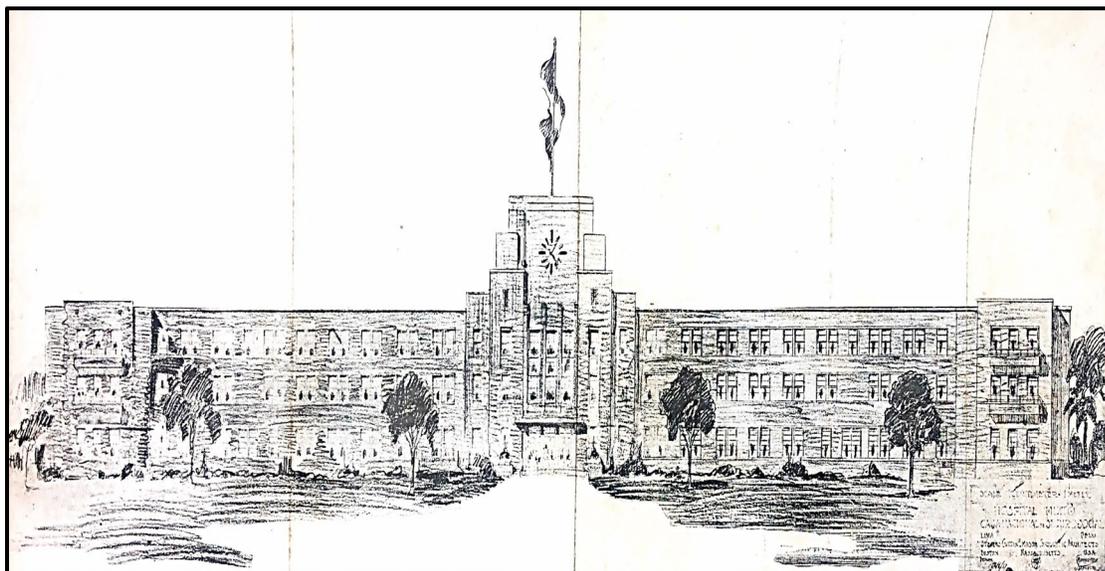
Bosquejo panorámico del Hospital Mixto y Policlínico elaborado por la firma Stevens, Curtis y Mason de Boston



Nota. Revista *Informaciones Sociales* (1938). Año II, número 1, enero 1938, p.4.

Figura 3

Bosquejo de la parte frontal del Hospital Mixto y Policlínico elaborado por la firma Stevens, Curtis y Mason de Boston



Nota. Revista Informaciones Sociales (1938). Año II, número 1, enero 1938, p.53.

4.3.2. La Construcción y equipamiento del hospital

Luego de la evaluación del lugar cercano a la capital para la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima la elección recayó en el terreno denominado “huerto del pellejo”, propuesta brindada por el abogado Edgardo Rebaglati, Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social en la décima sesión del consejo directivo. Este terreno se encontraba cercano al barrio obrero de la Victoria, era de fácil acceso desde cualquier punto de la capital y se encontraba cercano de avenidas amplias como la avenida Grau y la avenida Nicolás de Piérola. En 1921 el terreno tenía como linderos por el frente a la avenida Grau; por el lado derecho, la prolongación

de la pólvora y la huerta Rondón; por el lado izquierdo, una calle nueva sin nombre y por el fondo el callejón de Matute.¹⁵

Siendo de sumo interés la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima para la atención médica de los obreros, el Estado Peruano mediante Ley n.º 8593 autorizó la venta del terreno denominado “huerta del pellejo” (Ver anexo C). La mayor parte del terreno pertenecía a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y una pequeña porción era de propiedad de la Municipalidad de Lima en donde funcionaba los Baños Municipales del Consejo Provincial de Lima, sin embargo, antes de ellos este terreno pasó por otros propietarios con diferentes proyectos de construcción¹⁶, así en 1918 es cedido al Ministerio de Fomento 41,722 m² de terreno del Ministerio de Guerra y Marina los cuales formaban parte de los antiguos fundos “pellejo” y “platanar de mestas” por la suma de 8,403.05 libras peruanas. En 1921, se permuta en favor de la Beneficencia Pública de Lima 41,716.50 m² de la antigua huerta denominada “pellejo” por el local del manicomio del Cercado en favor del gobierno. Mediante la Ley n.º 4960, de fecha 29 de octubre de 1924 se autorizó a la Beneficencia Pública de Lima realizar la venta de 2,000 m² de la “huerta del pellejo” al Consejo Provincial de Lima para la construcción de los baños municipales. El 7 de marzo de 1925 se expide la Ley n.º 5070 que autoriza la Beneficencia Pública de Lima la cesión de los terrenos de la “huerta del pellejo” al comité encargado de la construcción del hospital de niños para que sea vendido sin licitación y cuyo dinero de la venta sea invertido en la construcción del mencionado nosocomio. Mediante Resolución Suprema de fecha 23 de julio de

¹⁵ Linderos descritos en la Resolución de fecha 1 de abril de 1921 por la Dirección de Obras Públicas del Ministerio de Fomento, documento que forma parte de los antecedentes de la duodécima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS) Libro 2. 1937.

¹⁶ Los documentos relacionados a la adquisición del terreno denominado “huerto del ‘pellejo” de forma cronológica se encuentran como antecedentes de la duodécima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS) Libro 2. 1937.

1927, el comité encargado de la construcción del hospital de niños acuerda vender el terreno de la “huerta del pellejo” que consta de un área de 41,685 m², tasado por el ingeniero del Ministerio de Fomento, Alberto Alexander en 32,321.3 libras peruanas, a la universidad nacional de San Marcos para la construcción de un policlínico para la facultad de medicina y que sería pagada con el impuesto del 6% sobre las especialidades farmacéuticas importadas como lo establece la Ley n.º 5604.

El gerente general de la Caja Nacional de Seguro Social mediante el oficio n.º 682, fechado el 20 de agosto de 1937, comunica al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Marcos el interés en la adquisición del terreno denominado “huerta del pellejo” que forma parte del patrimonio de la facultad, por el que ofrece pagar la suma de 323,213.00 soles oro, de acuerdo con el precio que fue adquirido por la facultad de ciencias médicas, según la resolución suprema de 23 de julio de 1927, concluyendo en recalcar que en dicho terreno se proyectaba construir un Hospital Mixto y un Consultorio general, que le asigna una alta finalidad pública que la Facultad tendrá en cuenta para aceptar la propuesta. Por su parte el decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Carlos Villarán, con oficio n.º 1150 fechado el 31 de agosto de 1937 da respuesta señalando que el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas ha aprobado la propuesta de la Caja Nacional de Seguro Social respecto a la adquisición del terreno “huerta del pellejo”.

La construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima requería la adquisición de la mayor cantidad del terreno denominado “huerta del pellejo”, por ello la Caja Nacional de Seguro Social realizó la adquisición del área que pertenecía al Consejo Provincial de Lima en el que se tenía construido los “Baños Municipales del Pellejo” que consistía en una piscina para el esparcimiento de los vecinos de Lima en tiempos en que para disfrutar de un zambullida se contaba

solo con la opción de acudir a una playa limeña, lo que era complicado dada la lejanía, o acudir a una acequia del río Rímac o al mismo río, por esta razón el traspaso de los terrenos del Consejo de Lima hacia la Caja Nacional de Seguro Social no se realizó mediante la compraventa del bien sino a través de su reemplazo en otro lugar con las mismas condiciones. Para la construcción de la nueva sede de los Baños de Lima la Caja Nacional de Seguro Social adquirió un terreno situado en la esquina del jirón Puno y el jirón Virrey Toledo¹⁷, que sería conocida posteriormente como “piscina Virrey Toledo” o baños municipales n.º 2, inaugurado el 8 de enero de 1939, el cual contaba con oficinas administrativas, gimnasio, piscina de 25 metros de largo por 17 metros de ancho, cuartos de vestir, servicios higiénicos y duchas.

Figura 4

Inauguración de “piscina Virrey Toledo” o “baños municipales n.º 2”, realizado el 8 de enero de 1939



Nota. Revista *Informaciones Sociales* (1939). Año III, número 1, enero 1939, p.109.

¹⁷ De acuerdo con el Acta de la décimo tercera sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1937. F. 75 el terreno pertenecía a doña María Lugón, fijándose un precio de 8.00 soles oro por metro cuadrado.

Para completar la adquisición de terreno para la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima se gestionó la adquisición de 323.87 m² perteneciente a doña Julia Garibaldi de Hammann, contando así con el terreno necesario para la construcción del hospital, resultando el costo total de S/. 445,284.26 soles como se detalla en la tabla 11.

Tabla 11

Costo de adquisición de terreno para la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima

N.º	Área	Costo	Propietario anterior
1	39,622.50 m ²	S/. 323,213.00	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
2	2,100.00 m ²	S/. 119,071.26	Municipalidad de Lima
3	323.87 m ²	S/. 3,000.00	Julia Garibaldi de Hammann
Total	42,046.37 m²	S/. 445,284.26	-

Nota: Se detalla el costo de la adquisición del terreno para la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima y sus propietarios a los que se les fue adquiriendo. Elaborado en base a la Segunda Memoria Anual de la Caja Nacional de Seguro Social, correspondiente al año 1938.

Contando con la adquisición del terreno se dio inicio a la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima, siendo colocada la primera piedra por el presidente de la república Oscar R. Benavides el día 15 de marzo de 1938. Luego de un arduo trabajo el 8 de diciembre de 1940 se llevó a cabo la ceremonia de inauguración del Hospital Mixto y Policlínico de Lima, conocido también en esos años como “Hospital Obrero de Lima”. El hospital, cuyo costo fue de aproximadamente siete millones de soles, estuvo dividido en las siguientes secciones:

- a) Pabellón Central, en el que se ubicaban los consultorios externos, las oficinas administrativas y la escuela y residencia de enfermeras.
- b) Pabellón A, en el que se brinda atención femenina en ginecología, maternidad y medicina.

- c) Pabellón B, destinado a la atención de los enfermos de medicina en los primeros tres pisos y en el piso cuatro y cinco para los enfermos de tuberculosis.
- d) Pabellones de laboratorio, cocina, Capilla, Lavandería, Casa de Empleados y Casa de Calderas.

Figura 5

Colocación de la primera piedra del Hospital Mixto y Policlínico del Seguro Social por el presidente Óscar R. Benavides, realizado el 15 de marzo de 1938



Nota. Revista Informaciones Sociales (1938). Año II, número 3, marzo 1938, p.209.

Para el cumplimiento de los fines de la Caja Nacional de Seguro Social como la construcción, equipamiento y funcionamiento de los centros asistenciales, así como los pagos por invalidez, vejez y muerte; se tuvo que hacer efectiva la recaudación de las cuotas patronales y las del Estado estando ello a cargo de la Caja de Depósito y Consignaciones, cuya cobranza fue postergándose de forma constante¹⁸, previa a la adecuada organización de la recaudación, posponiéndose la cobranza hasta el 1 de marzo de 1937, además de ello, la caja se financiaba con la recaudación del 1% del valor de las cancelaciones o pagos que hacía el Estado, los Consejos Municipales y las compañías fiscalizadas; con el 2% de impuesto adicional al tabaco y el 2% de impuesto adicional al consumo de bebidas alcohólicas.

Siendo una de los objetivos de la Caja Nacional de Seguro Social brindar atención médica a los asegurados en establecimientos adecuados se realizaron estudios respecto a las condiciones higiénicas y sanitarias de los servicios en Lima, dejando en evidencia la existencia del déficit de camas de hospital en relación a las necesidades de la población, déficit de equipos de diagnósticos y de tratamiento y desigualdad de distribución de servicios sanitarios públicos ubicándose la mayoría en zonas urbanas. Por ello con justa razón en la Tercera Memoria Anual correspondiente a 1939 (Ver anexo D) se señalaba que:

la habilitación de nuevos hospitales que realiza la Caja responde a una necesidad no sólo inaplazable por razón del desequilibrio entre los requerimientos de asistencia de las poblaciones y la exigüidad de los elementos capaces de presentarla, sino también porque sin ellos careceríamos de aptitud para proporcionar a los trabajadores la protección efectiva que la ley nos impone (p. 6)

¹⁸ La transcripción de los decretos supremos relacionado a la prórroga de las cuotas patronales y obreras se encuentran en el artículo “Decretos Supremos relativos a la aplicación de la Ley” en número 1 de la revista *Informaciones Sociales* (1937). p. 110-121.

La Caja Nacional de Seguro Social para la adquisición del equipo médico que permitiría brindar servicios eficientes en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima conformó un grupo de profesionales médicos de diferentes especialidades que determinaron, en base a su experiencia y al rigor científico, los equipos de diagnóstico y equipos para el tratamiento a adquirir de acuerdo a los avances tecnológicos de la época. Los profesionales que conformaron este grupo fueron: Dr. Rafael Alzamora, en Cardiología; Dr. Pablo Arana, en Dermatología; Dr. Jorge Avendaño, en Laboratorio; Dr. Carlos Brignardello, en Oftalmología; Dr. Alejandro Busalleu, en Ginecología; Dr. Alfredo Calderón, en Gastroenterología; Dr. Luis Cano, en Tisiología; Dr. Juan José Mostajo, en Otorrinolaringología; Dr. Marcos Nicolini, en Urología; Dr. Fortunato Quesada, en Cirugía; Dr. Oscar Soto, en Radiología; Dr. Juan Voto Bernales, en Electrología; y Cirujano Dentista, Dr. Adolfo Villanueva Lazo, en Odontología.

El Hospital Mixto y Policlínico de Lima de la Caja Nacional de Seguro Social fue entregado en servicio y declarado apto para entrar en funcionamiento por el presidente Manuel Pardo en ceremonia solemne celebrado el día 8 de diciembre de 1940 con la participación de delegaciones internacionales constituidas por el Sr. Dr. Don Salvador Allende, Ministro de Salubridad de la República de Chile y Presidente del Consejo Directivo de la Caja de Seguro Obrero y futuro presidente de Chile; el Sr. Carlos Quintana, Embajador de la República Argentina; Sr. Don. Arthur J. Altmeyer, presidente de la Junta de Seguridad Social de los Estados Unidos de América; Sr. Dr. John G. Winant, Director de la Oficina Internacional del Trabajo; Prof. Osvald Stein, jefe de la Oficina de Seguros Sociales de la Oficina Internacional del Trabajo; Sr. Dr. Don Moisés Sáenz, Embajador de los Estados Unidos de México; Sr. Dr. Don Francisco Vetancourt Aristeguieta, Enviado Especial y Ministro plenipotenciario de los Estados Unidos de Venezuela; Sr. Don Eduardo Restrepo Sáenz, Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de la República de

Colombia; Sr. Don Luiz Leivas Bastian Pinto, Encargado de Negocios de los Estados Unidos del Brasil; Sr. Dr. Don Anthony Donovan, Delegado Especial de la Oficina Sanitaria Panamericana; Licenciado Don Pedro Hidalgo Gonzáles, Gerente de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros del Ecuador; Sr. Víctor Andrade, Gerente de la Caja de Seguros y Ahorro Obrero de la República de Bolivia; Sr. Dr. Manuel Mandujano, consejero de la Caja de Seguro Obrero de la República de Chile; y Sr. Dr. José Vizcarra, jefe del Policlínico de Valparaíso de la Caja de Seguro Obrero de la República de Chile.

Debido a sus dimensiones, al gran número de profesionales para la atención de los trabajadores obreros, al número de obreros que se atenderían, a su arquitectura e infraestructura moderna y al ser el primer nosocomio propio de la seguridad social en Sudamérica, el Hospital Mixto y Policlínico de Lima fue un referente en América Latina siendo declarado expedito para su funcionamiento, juntamente con el Hospital de Ica, mediante Decreto Supremo fechado el 2 de enero de 1941; sin embargo, las prestaciones asistenciales en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima se iniciaron el 10 de febrero de 1941, a pesar del retraso en la adquisición de materiales para su construcción, materiales sanitarios y farmacológicos debido al alza de precios y los problemas en el tráfico de mercadería ocasionados por la segunda guerra mundial.

El Hospital Mixto y Policlínico de Lima al contar con equipos médicos modernos, abastecido de productos farmacéuticos diversos y el uso de recientes y modernas técnicas asistenciales, se convirtió en uno de los nosocomios más modernos de Sudamérica.

4.3.3. La Escuela de Enfermeras

La atención de los servicios de salud en los centros asistenciales de la Caja Nacional de Seguro Social debía contar, además de los médicos de diversas especialidades, con enfermeras que cumplieren la labor del cuidado de los enfermos, por ello desde sus inicios se fue gestionando con

los nosocomios de la Beneficencia de Lima la organización de una Escuela de Enfermería. El hospital 2 de mayo brindó su disponibilidad para que en dicho nosocomio se crease una escuela de enfermeros varones. Por su parte, la Escuela de Enfermeras del hospital arzobispo Loayza solo podía ampliar a 20 vacantes para las futuras enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social, siendo así y contando con la necesidad de enfermeras se aceptó inicialmente esta última propuesta, teniendo ocho estudiantes de enfermería que culminarían sus estudios con la primera promoción de enfermeras en 1944. En 1939 se acordó la contratación de religiosas enfermeras de la congregación alemana Misioneras del Sagrado Corazón¹⁹ quienes se encargarían, además de la atención de los enfermos, de la formación de enfermeras en una escuela con el fin de cubrir la necesidad de personal asistencial, precisándose en la primera cláusula del Contrato celebrado con dicha congregación que esta se encargaría de proveer de religiosas enfermeras para los establecimientos de salud de la Caja Nacional de Seguro Social, sean estos hospitales o consultorios.

Asimismo, sobre las funciones de las religiosas a cumplir en los centros asistenciales de la Caja Nacional de Seguro Social, la cláusula segunda del contrato establecía que las religiosas estarían a cargo de brindar atención a los enfermos, de la dirección de la Escuela de Enfermeras que la Caja estableciera en el hospital de Lima y de la administración de los hospitales que la Caja designe²⁰.

¹⁹ AHSSS. En el Acta de la vigésimo segunda sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 1. 1938. F 133-134, el consejero Oscar Ramiro Cabieses manifiesta la posibilidad de contar con personal de enfermería del extranjero, en tanto que el subgerente de la Caja Nacional de Seguro Social manifestaba que se había cursado correspondencia con la superiora de una congregación de religiosas alemanas, que a la vez eran diplomadas en enfermería y se encontraban prontas a llegar al Perú para tratar el tema directamente.

²⁰ En los antecedentes de la trigésima octava sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social. Libro VIII. 10 de mayo de 1939 se transcribe el contrato entre la Caja Nacional de Seguro Social con la congregación de las

La Escuela de Enfermería fue reconocida y se le otorgó carácter oficial merced a la Resolución Suprema de fecha 7 de diciembre de 1939. El Reglamento de la Escuela de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social precisaba que el objeto de la Escuela era la formación profesional de las enfermeras para los diversos servicios hospitalarios a través de estudios teóricos y prácticos de cuatro (4) años, llevados a cabo bajo un régimen de internado de los que un (1) año era de práctica especial realizado en un hospital o centro de salud propuesto por la Dirección de la Escuela.

Inicialmente, las alumnas de la Escuela de Enfermería tuvieron sus clases teóricas en un local arrendado y sus prácticas fueron realizadas en la Clínica Delgado de Miraflores y en el Hospital Italiano de Lima, en tanto no se culminase la construcción del Hospital Mixto y Policlínico de Lima en cuyo edificio se proyectó dentro del pabellón de administración ambientes para la Escuela de Enfermería.

De acuerdo con el Reglamento de la Escuela de Enfermeras, aprobado en la cuadragésima séptima sesión del Consejo Directivo realizado el 17 de octubre de 1939, para la admisión las alumnas debían dar un examen de competencias y cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser católicas
- b) Ser solteras
- c) Haber concluido los dos primeros años de instrucción secundaria o haber concluido sus estudios en una escuela de especialización²¹

Madres alemanas, Misioneras del Sagrado Corazón de Jesús en el que además se establecen los honorarios de las enfermeras por sus servicios.

²¹ Posteriormente, a partir de 1941 se exigió como uno de los requisitos contar con estudios secundarios concluidos, debido a la insuficiente preparación de las primeras alumnas ingresantes y una mayor demanda de conocimientos que debían tener las alumnas de la Escuela de Enfermeras.

- d) Tener entre 18 a 25 años
- e) Tener buena salud psíquica y física
- f) Tener un certificado de moralidad firmado por dos personas calificadas

Durante el periodo de formación se dictaban en la Escuela de Enfermería de la Caja Nacional de Seguro Social los siguientes cursos: Anatomía y Fisiología, Higiene General y Hospitalaria, Patología General y Semiología médica, Semiología quirúrgica, Enfermería y técnica terapéutica, Nosografía médica, Nosografía quirúrgica, Tisiología, Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Estomatología, Neuropsiquiatría, Ginecología y Obstetricia, Puericultura y Pediatría, Alimentación y Dietética, Farmacia, Electroradiología, Enfermedades sociales, Asistencia social y legislación social, Historia de la Profesión y Moral Profesional, Estadística Hospitalaria y Educación Física (Ver anexo E). Las calificaciones eran realizadas de forma mensual teniendo como criterios la asistencia y aprovechamiento del curso, la aptitud y vocación en los trabajos prácticos y la puntualidad, orden y conducta.

Las clases iniciaban el primer lunes del mes de abril, concluyendo el 20 de diciembre y la clausura del año académico se realizaba el 30 de diciembre. Al término de los cuatro años de estudio y practicas la alumna debía presentar un trabajo escrito sobre un tema relacionado a los estudios realizados para el otorgamiento de su diploma de enfermera, teniendo la obligación, luego de ello, de prestar sus servicios profesionales por el periodo de tres años en un centro asistencial que designe la Caja Nacional de Seguro Social con un haber de 70 soles como enfermeras generales diplomadas.

La escala de los haberes de las religiosas enfermeras fue definida en el Contrato con las religiosas y en el Acta de la trigésima octava sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social, realizado el 10 de mayo de 1939, estipulándose el haber mensual de 100 soles para

la Directora General de la Congregación; la Directora de la Escuela de Enfermeras; la instructora general de la Escuela de Enfermeras; las supervisoras de servicio; las supervisoras de los hospitales de provincias; las especializadas en laboratorio, radiología y dietética; 70 soles a las farmacéuticas, las enfermeras generales; las auxiliares de fisioterapia y 50 soles a las encargadas de los servicios de cocina, lavandería y ropería.

La Escuela de Enfermeras tuvo como directora y fundadora a la Misionera del Sagrado Corazón M.S.C. Cristóforis Denéke, de origen alemán, cuya vida estuvo dedicada a la formación de enfermeras en el Perú, encargándose de la organización de la Escuela de enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social y, posteriormente en 1965 se encargó de la organización de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa.

La importancia de la presencia de las religiosas de la Congregación de Misioneras del Sagrado Corazón de Jesús en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima y en los demás centros asistenciales de la Caja no solo fue en la organización de la Escuela y la formación de enfermeras sino también en el soporte espiritual que brindaban a los pacientes y al personal que laboraba en el hospital, así lo pone de manifiesto el Dr. Guillermo Almenara, Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social, en el acta de la centésima trigésima sexta sesión del Consejo Directivo del 16 de diciembre de 1946 con motivo de las negociaciones con la congregación religiosa por la firma de un nuevo contrato:

Creía necesario hacer conocer al Consejo que si bien la separación de las madres del Sagrado Corazón podría originar un problema de orden moral ya que la presencia de ellas

constituye un freno a la conducta de los empleados subalternos y un valioso aporte de orden espiritual y religioso para los enfermos.²²

La primera promoción de enfermeras, que estudió en las instalaciones del Hospital Mixto y Policlínico de Lima, inició sus estudios en el mes de abril de 1941 y culminó en marzo de 1944. La escuela perteneciente a la Caja Nacional de Seguro Social hasta el año 1973 tuvo veintinueve promociones de enfermeras egresando un total de 706 estudiantes dentro de sus aulas desempeñando su labor en los centros médicos de la Caja distribuidos en todo el Perú.

Figura 6

Estudiantes de la Escuela de enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social



Nota. Colección fotográfica del Archivo histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

²² AHSSS. Acta de la centésima trigésima sexta sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). Libro 4. 1946. F 249.

4.4. La asistencia médica en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima

En 1938, la Caja Nacional de Seguro Social concebía su programa asistencial para la implementación de sus propios establecimientos de salud, por lo que, luego de su etapa de proyección y construcción entraban en funcionamiento el 10 de febrero de 1941 el Hospital Mixto y Policlínico de Lima y el Hospital de Ica, meses más tarde, el 5 de octubre de 1941 el Policlínico del Callao y el 7 de diciembre de 1941 el Hospital de Huacho. En enero de 1943 iniciaba en funcionamiento el Hospital de Chiclayo, en marzo de 1944 el Hospital de Chocope, en junio de 1944 el Hospital de Pisco y en noviembre de 1944 el Hospital de Arequipa.

Las atenciones de los servicios médicos externos (consultorios) y los Servicios de diagnóstico y tratamientos especiales brindados a los obreros durante el año 1941 en los inaugurados centros médicos de la Caja Nacional de Seguro Social, así como los otros servicios asistenciales, reflejan el impacto positivo en el bienestar de los obreros cuya mayor notoriedad se desarrolló en el Hospital Mixto de Lima por su dimensión y por las especialidades médicas que brindaba, como se aprecia en las tabla 12 y 13.

Tabla 12

Atención en los servicios médicos externos brindados durante 1941

Establecimiento de salud	Pacientes atendidos	Número de atenciones de consultorio
Hospital Mixto de Lima	23 563	232 251
Hospital de Ica	3 376	9 650
Policlínico Callao	3 774	11 076
Totales	30 713	252 977

Nota: Elaborado en base a la quinta memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941.

Tabla 13

Servicios de diagnóstico y tratamientos especiales en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima en 1941

Establecimiento de salud	Número de atención de rayos X	Número de aplicaciones de Fisioterapia	Número de análisis de laboratorio
Hospital Mixto de Lima	5 576	10 980	51 416
Hospital de Ica	234	314	2 594
Policlínico Callao	910	504	1 270
Totales	6 720	11 798	55 280

Nota: Elaborado en base a la quinta memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941.

La tabla 13 refleja la mayor atención a obreros en radiografías, fisioterapia y laboratorio debido al número de pacientes obreros adscritos en Lima, siendo esta información constante en los servicios médicos que brindó el Hospital Mixto durante el año 1941, como se aprecia en la tabla 14.

Tabla 14

Servicios médicos brindados en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima en 1941

Establecimiento de salud	Servicios domiciliarios		Servicios rurales		Servicios de hospitalización	Servicios de farmacia
	Pacientes atendidos	Número de atenciones	Pacientes atendidos	Número de atenciones		
Hospital Mixto de Lima	2 018	5 360	20 065	28 657	6 459	845 265
Hospital de Ica	14	35	1 450	3 483	1 895	37 362
Policlínico Callao	58	77	0	0	0	9 762
Totales	2 090	5 472	21 515	32 140	8 354	892 389

Nota: Elaborado en base a la quinta memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941.

Del mismo modo, las atenciones brindadas para las prestaciones de dinero otorgadas por el pago de algún subsidio en el primer año de funcionamiento del Hospital Mixto fueron mayores a los otros establecimientos, como se detalla en la información evidenciada en la tabla 15.

Tabla 15

Servicios de prestaciones en dinero en 1941

Establecimiento de salud	Subsidios de enfermedad	Subsidio de maternidad y lactancia	Asignación de funeral	Capital de defunción
Hospital Mixto de Lima	S/. 320 887.19	S/. 56 303.43	S/. 32 600.00	S/. 20 462.29
Hospital de Ica	S/. 15 631.77	S/. 3 461.19	S/. 4 055.44	S/. 154.44
Policlínico Callao	S/. 8 139.21	S/. 7.50	S/. 320.00	S/. 0
Totales	S/. 344 658.17	S/. 59 772.12	S/. 36 975.44	S/. 20 616.73

Nota: Elaborado en base a la quinta memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941.

Franz Schüfer, actuariado de la Caja Nacional de Seguro Social, proyectó que el inicio de las atenciones de salud se realizaría en relación a 200 000 asegurados a nivel nacional con una estimación del 40% de estos, equivalente a unos 80 000 enfermos por año, de los cuales la quinta parte, es decir, 16 000 enfermos, serían hospitalizados, proyectando finalmente que un probable de 55 000 enfermos al año acudirían a los consultorios, de los cuales 18 000 enfermos aproximadamente serían atendidos en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima.

Tuvo un gran impacto la demanda de asistencias de salud en los asegurados obreros en el primer año de funcionamiento de los centros médicos del seguro social, tal es así que en 1941 existía en Lima e Ica un aproximado de 102 000 asegurados, habiendo recibido asistencia médica urbana o rural 59 011 personas que representaban el 58% del total de asegurados. Este gran

porcentaje de atenciones a los asegurados se debe a diversos factores, entre ellos, al déficit de los servicios de salud de la Beneficencia Pública, dada la diferencia que existía entre los pocos medios que esta ofrecía y las necesidades de atenciones médicas de la población obrera. Esta situación previa a la implementación de los hospitales del seguro social era mucho más palmaria para los obreros agrícolas debido a la falta de instrumentos sanitarios para la atención médica en los centros de trabajo rural.

Esto conllevó a que los asegurados admitidos y atendidos en el Hospital Mixto de Lima y el Hospital de Ica hayan sido pacientes con enfermedades y dolencias previas con tres, cinco o diez años de origen, generándose asegurados con morbilidad latente previa a sus atenciones en los centros médicos de la Caja Nacional de la Seguridad Social.

Para revertir el estado de salud de los obreros las atenciones médicas en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de la Caja Nacional de la Seguridad Social se realizaron a través de las modalidades del servicio médico domiciliario, servicio médico rural, servicio de consulta externa y servicio de hospitalización.

4.4.1. El servicio médico domiciliario

El servicio médico domiciliario era otorgado a los obreros asegurados enfermos que no podían trasladarse a un consultorio médico y era solicitado al Hospital Mixto y Policlínico de Lima por un familiar o a quien este designe, presentando la libreta o tarjeta de cotización del asegurado (Ver anexo F). Las visitas médicas se realizaban en los horarios de 11:00 a 13:00 horas y de 17:00 a 19:00 horas. Previa a la visita los médicos de turno se apersonaban al hospital donde se les entregaban la relación de los enfermos a los que tenían que visitar, el cual era entregado al terminar su turno con la indicación de los pacientes que continuarían con el tratamiento domiciliario o requerían de hospitalización, asimismo, se les hacía entrega de los documentos que eran necesarios

para ejecución de sus actividades como: formato para prescribir recetas médicas, formato para la prescripción de tratamientos especiales, formato de orden de hospitalización, formato de certificado de incapacidad para el trabajo y fichas para las estadísticas de enfermos. Para la ejecución de las visitas médicas domiciliarias los galenos contaban con un automóvil puesto a su disposición por el hospital.

La Caja Nacional de Seguro Social hacia hincapié que los médicos del servicio domiciliario eran profesionales de mucha experiencia y de un amplio sentido social y moral, por ende, el tratamiento prescrito por los galenos debía realizarse de forma obligatoria y no debía ser reemplazado por otras indicaciones de otras personas ajenas a la profesión médica, situación que de darse el caso conllevaba a la suspensión de los pagos por subsidio en dinero a las que este tuviese derecho.²³

El médico visitante decidía, de acuerdo al diagnóstico del estado de salud del paciente, si la atención podía cumplirse en su domicilio o si requería hospitalización. En el caso de la atención domiciliar el médico prescribía el tratamiento respectivo, así como la preparación de la receta en la farmacia del hospital para su posterior recojo por el familiar o la persona designada por el paciente. El médico programaba una siguiente visita si es que la enfermedad que padecía el paciente así lo requería.

Los casos en los que el médico visitante podía disponer la hospitalización del enfermo eran las siguientes:

- Cuando el enfermo no vive con los miembros de su familia en su domicilio.

²³ Las instrucciones para los pacientes y médicos del servicio médico domiciliario se encuentran plasmados en el artículo “El funcionamiento de los servicios asistenciales del Seguro Social” en Revista *Informaciones Sociales* (1941). Año V, número 2, febrero 1941. p.111-116.

- Cuando la enfermedad exija tratamiento y cuidados que no pueden brindarse en el domicilio.
- Cuando se trate de una enfermedad contagiosa.
- Cuando el enfermo no cumple las prescripciones médicas de su tratamiento.
- Cuando el estado del enfermo requiera de una observación constante.
- Cuando para el diagnóstico o para la estimación de la capacidad para el trabajo se debe realizar una observación de modo continuo.

El médico visitante determinaba si es que el paciente como consecuencia de su enfermedad se encontraba incapacitado para el trabajo expidiendo un certificado por un periodo de 10 días, pudiendo, de acuerdo al caso, expedirse sucesivamente por 10 días más.

Este servicio médico domiciliario fue iniciado con la apertura del Hospital Mixto y Policlínico de Lima, también conocido como Hospital Obrero, dado que tenía como asegurados a obreros dependientes e independientes, y fue en aumento progresivo con el transcurrir del tiempo dado los beneficios obtenidos para la salud de los obreros y las facilidades para la atención médica que brindaba el servicio médico a domicilio, como se evidencia la tabla 16.

Tabla 16

Servicios médico domiciliario brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Visitas	1941	1942	1943	1944	1945
Primeras visitas	1 793	3 454	5 869	7 336	8 643
Visitas repetidas	4 787	10 335	15 350	12 951	12 436
Total visitas	6 580	13 789	21 219	20 287	21 079

Nota: Elaborado en base a la octava memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944 y novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

4.4.2. El servicio médico rural

El servicio médico rural en la provincia de Lima se realizaba a través de visitas interdiarias a los centros de trabajo rurales, en su mayoría haciendas agrícolas, y una que otra fábrica que se encontraba en las rutas por donde se desarrollaba este servicio, previa a la visita rural los médicos de turno se apersonaban al hospital donde se les hacía entrega de los documentos e implementos necesarios para la ejecución del servicio como: hoja de medicamento, formato de orden de hospitalización, certificados de incapacidad para el trabajo, fichas estadísticas, hoja para relacionar los enfermos asistidos, botiquín de farmacia para el despacho de recetas comunes y de urgencia, stock de medicamentos sueros y vacunas, instrumental de primeros auxilios quirúrgicos y mesa portátil de exámenes y curaciones.

Figura 7

Atención del servicio médico rural a cargo de un médico y un enfermero



Nota. Colección fotográfica del Archivo histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

La atención del servicio estaba a cargo de un médico y un enfermero, los que para su desplazamiento tenían una camioneta a disposición en el cual se encontraba el botiquín de farmacia, el stock de medicamentos y todos los implementos entregados por el hospital. Las consultas se brindaban en el mismo centro de trabajo del asegurado de acuerdo con una relación entregada por el empleador de aquellos trabajadores que necesitaban atención médica.

Figura 8

Obreros a la espera de atención médica del servicio rural



Nota. Colección fotográfica del Archivo histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Luego de examinado el paciente el médico podía disponer la hospitalización de los enfermos en los mismos casos que se realizaba en las visitas domiciliarias, es decir; cuando el enfermo no vivía con los miembros de su familia en su domicilio, cuando la enfermedad exigía tratamiento y cuidados que no pueden brindarse en el domicilio, cuando se trate de una enfermedad contagiosa, cuando el enfermo no cumple las prescripciones médicas de su tratamiento, cuando el estado del enfermo requiera de una observación constante o cuando para el diagnóstico o para la estimación de la capacidad para el trabajo se deba realizar una observación de modo continuo.

Figura 9

Atención médica del servicio rural en hacienda agrícola



Nota. Colección fotográfica del Archivo histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Para que la asistencia médica rural pueda llegar a una mayor cantidad de obreros agrícolas se establecieron rutas que fueron comunicadas tanto a los pacientes como a los médicos del servicio rural²⁴. La asistencia médica bajo el servicio médico rural iniciaba a las 08:00 hasta las 12:00 horas, partiendo con sus respectivas movilidades desde el Hospital Mixto de Lima hacia las siguientes seis rutas:

Ruta n.º 1, Chosica y desvío la Molina, que comprendía las haciendas Yanacoto, Chaclacayo, Huampaní, Pariache, San Juan de Pariache, Ñaña, La Era y otros lotes. Carapongo, Lotización La Estrella, Fabrica de Tejidos Vitarte, Zavala, Vista Alegre (Trapiche), Asesor, Bravo Grande, Inquisidor, Puente Zagama (anexo Bravo Grande), Monterrico Grande, Vásquez, El Agustino.

El desvío a la Molina comprendía las haciendas Matasango, Salamanca, Camacho, La Molina Vieja, Estación Experimental (Molina), Rinconada, Melgarejo, Puruchuco, Granados.

Ruta n.º 2, Lima – Lurín, que comprendía las haciendas Balconcillo, Limatambo Norte, Limatambo Sur, San Borja, La Palma, Vista Alegre, Las Venegas, San Tadeo, San Roque, San Juan, Villa, Mamacona, Santa Rosa, San Pedro, Pampa Grande, Villenas, Salinas (y su anexo Valdivieso), Buenavista, Olivar, La Mejorada, San Fernando, Casa Blanca, Manchay Alto y Bajo, Cieneguilla y Chacra Alta.

Ruta n.º 3, Lima – Repartición que comprendía las haciendas coronel, Conde Villa Señor, La Milla, Chavarría, Santa Rosa, Garagay, Bocanegra, Chacarilla, San Agustín (y su anexo Casa Blanca), Cortez Grande y Chico, Muñoz, Hollada, Altillo, Buenamuerte, Piñonate, Palao, Aliaga

²⁴ Las instrucciones para los pacientes y médicos del servicio médico rural se encuentran plasmados en el artículo “El funcionamiento de los servicios asistenciales del Seguro Social”, en Revista *Informaciones Sociales* (1941). Año V, número 2, febrero 1941. p.116-122.

y Conde, De las Lagunas, Mulería, Repartición o Aznapuquio (anexo de Naranjal), Chuquitanta, Oquendo y Márquez.

Ruta n.º 4, Repartición – Ancón, que comprendía las haciendas Repartición o Aznapuquio, Comas, Collique, Condevilla, Huacoy, Punchauca, Caballero, Huarangal, Chocas, Huatocay, Infantas, Pro, Chacra cerro, Chillón, Gallinazo, Tambo Inga, Puente Piedra, Copacabana, Chacarilla, San Lorenzo, Chacra Grande, Pampa Libre, Pueblo Viejo, La Molina, Pascal y Cuchi corral.

Ruta n.º 5, Zona periférica I, que comprende las haciendas Cueva, Oyague, Colmenares, Orrantia, San Felipe, Santa Cruz, Barboncito, San José y Cayetano, Maranga, Chacra Alta, Palomino, Azcona, Pando, La Aguilar, Chacra Rios, Aramburú, Concha y Rosario, La Legua, Miranaves, Barboza, Puente, Conde de las Torres, Mirones y Villegas.

Ruta n.º 6, Zona periférica II, que comprende las haciendas La Menaco, Bravo Chico, Vicentello Alto, Vicentello Bajo, Quiroz, Santa Rosita, La Encalada, Matute, La Pólvora, El Pino (y su anexo Valdivieso), Mendoza, Monterrico Chico, Chacarilla del Estanque, Valverde, La Calera (Merced), Tebes, El Estanque, Higuiereta, Chacarilla de Otero, Flores (y su anexo Azcarrunz), La Basilia, Palomares, Santa Clarita, Canto Grande, Campoy, Pedreros, Huachipa, y Nievería.

El alcance del servicio médico rural brindado a los obreros de los centros de trabajo rurales tuvo gran impacto en favor y beneficio de la salud de este grupo de trabajadores agrícolas de Lima a través de visitas médicas, las cuales de acuerdo a la necesidad y condición de salud del obrero asegurado podían repetirse hasta la mejora de su salud. El servicio médico rural, de acuerdo con la información de las memorias anuales, tuvo un gran número de atenciones como se detalla en la tabla 17.

Tabla 17

Servicio médico rural brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Visitas	1941	1942	1943	1944	1945
Primeras visitas	20 330	27 819	22 410	17 751	18 885
Visitas repetidas	29 230	37 325	35 838	38 353	34 696
Total visitas	49 560	65 144	58 248	56 104	53 581

Nota: De acuerdo con los datos, luego de las atenciones médicas externas, el servicio médico rural es el segundo servicio con mayor atención brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945. Elaborado en base a la novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

Figura 10

Camioneta del servicio médico rural en ruta a haciendas de Lima



Nota. Colección fotográfica del Archivo histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

4.4.3. El servicio de consulta externa

El diseño del Hospital Mixto y Policlínico de Lima se realizó considerando la centralización en un solo edificio para la atención de prestaciones por enfermedad o maternidad dentro del cual el policlínico atendía el servicio de consultorios externos. Los consultorios médicos externos tenían equipos modernos para el tratamiento de las enfermedades de acuerdo con las diversas especialidades médicas que brindaba el Hospital Mixto y Policlínico de Lima como: Medicina General, Dermatología, Gastroenterología, Broncopulmonares y TBC, Neuropsiquiatría, Cirugía General, Cirugía Ortopédica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Venereología, Ginecología, Obstetricia, Dental, Cirugía Plástica, Pediatría. Para la atención en las especialidades era requisito la presentación de su carnet de identidad y la libreta de cotizaciones que eran proporcionadas por la Caja Nacional de Seguro Social.

El servicio de consulta externa era para los asegurados enfermos que no se encontraban impedidos de movilizarse y requerían atención médica, algún examen o tratamiento en el Hospital Mixto y Policlínico en el que se iniciaba la atención a las 10:00 hasta las 13:00 horas para el caso de las primeras consultas, y de 17:30 a 19:00 horas para las consultas relativas a la continuación de algún tratamiento previo; sin embargo, este horario se fue ampliando debido a la alta demanda de consultas incrementadas progresivamente, ello debido al aumento de inscripción de los asegurados obreros y el beneficio y las facilidades para la atención médica que se brindaba en el nuevo establecimiento de salud de Lima. Con el inicio de las atenciones médicas en el policlínico el obrero asegurado tenía un mayor acceso al mejoramiento de su salud, observándose un constante aumento en el servicio de consulta en el periodo de 1941 a 1945 como se detalla a continuación en la tabla 18.

Tabla 18

Servicio de atenciones médicas externas por especialidad brindados por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Especialidad médica	1941		1942		1943		1944	1945
	H	M	H	M	H	M	H/M	H/M
Medicina General	39 353	5 928	56 303	9 872	74 317	18 847	104 621	109 278
Dermatología	10 318	1 273	18 435	2 188	20 132	3 012	26 078	30 628
Gastroenterología	8 527	916	11 707	1 013	8 626	1 269	9 856	9 094
Broncopulmonares y TBC	8 767	1 315	19 388	3 560	22 642	3 974	28 558	25 744
Neurología	-	-	-	-	-	-	-	549
Neuropsiquiatría	3 848	404	10 607	1 294	11 369	1 531	9 138	8 420
Cirugía General	16 151	1 184	26 368	3 132	30 211	3 427	30 929	20 882
Cirugía ortopédica	1 985	109	4 424	332	5 421	718	7 305	7 652
Otorrinolaringología	12 968	1 916	14 165	2 146	16 605	3 601	18 915	18 310
Oftalmología	20 298	3 081	27 370	4 757	26 294	5 246	30 059	21 892
Urología	3 219	168	5 004	242	4 544	186	5 345	5 495
Venereología	20 131	270	40 675	479	32 698	498	30 365	29 488
Ginecología	-	2 793	-	4 981	-	5 643	7 768	6 725
Obstetricia	-	3 228	-	5 908	-	6 099	6 959	7 832
Dental	17 123	4 685	28 442	9 802	30 681	12 521	43 725	33 948
Cirugía plástica	422	101	762	147	1 101	158	1 600	763
Pediatría	-	-	6 233	4 860	7 158	6 335	16 215	18 149
Mecanoterapia	-	-	-	-	2 641	738	9 927	8 621
Subtotales	163 110	27 371	269 883	54 713	294 440	73 803	387 363	363 470
Totales	190 481		324 596		368 243		387 363	363 470

Nota: Las memoras anuales carecen de información de las atenciones médicas en consultorio externo por genero para los años 1944 y 1945. Elaborado en base a la quinta memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941, octava memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944 y la novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

En el periodo de 1941 a 1945 las atenciones en consultorios externos de Arequipa, Chocope y Pisco tuvieron un aumento significativo con respecto al periodo de 1941 a 1944, debido a que estas zonas concentraban un considerable número de obreros asegurados, no obstante, esta es inferior al compararlo con las atenciones externas a los obreros de Lima, como se muestra a continuación en la tabla 19.

Tabla 19

Consultas brindadas en consultorios externos por departamento

Ubicación de establecimiento de salud	1941-1944	1945
Arequipa	980	39 288
Callao	237 898	72 705
Chiclayo	47 194	32 365
Chocope	3 869	6 495
Huacho	62 766	27 749
Ica	45 114	13 408
Lima	1 270 673	363 470
Pisco	3 515	10 706
Totales	1 672 009	566 186

Nota: Elaborado en base a la novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

4.4.4. El servicio de hospitalización

El obrero asegurado accedía al servicio de hospitalización por recomendación del médico tratante del servicio domiciliario o rural. En ambos casos el médico tratante impartía la orden de hospitalización para el enfermo y otra la entregaba directamente el médico al hospital para su posterior hospitalización, salvo que por la urgencia del caso se requiriese hospitalización

inmediata, por lo que el médico se comunicaba telefónicamente con el servicio de emergencia del Hospital Mixto para el traslado en ambulancia al paciente.

La hospitalización de un paciente también se realizaba como consecuencia de una consulta médica en la que el médico programaba la hospitalización. La estadística de la hospitalización en el denominado “hospital obrero” brindado por las memorias anuales de la Caja Nacional de Seguro Social en la que se tipifican cuatro especiales médicas, entre ellas, el de tuberculosis denota la significativa afectación de esta enfermedad por los obreros en tanto que las otras especialidades médicas eran tipificadas simplemente como “medicina”, como se aprecia en la tabla 20.

Tabla 20

Hospitalización por tipo de servicio brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Servicio médico	1941		1942		1943		1944		1945	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Medicina	2 904	528	3 437	719	3 635	648	3 431	501	3 789	592
Cirugía	2 136	113	3 142	311	3 282	608	2 894	593	2 746	558
Tuberculosis	163	41	147	35	156	38	129	38	176	53
Maternidad	-	574	-	842	-	847	-	965	-	1 083
Subtotal	5 203	1 256	6 726	1 907	7 073	2 141	6 454	2 097	6 711	2 286
Total	6 459		8 633		9 214		8 551		8 997	

Nota: Elaborado en base a la octava memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944 y novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

4.4.5. Atenciones médicas por maternidad

Desde su creación, la Caja Nacional de Seguro Social fue regulando su alcance a través de las normas para su funcionamiento siendo la atención por maternidad brindada durante el embarazo, el parto y posterior al parto a través de asistencia médica general, asistencia hospitalaria, subsidios en dinero, servicio de farmacia y subsidio por lactancia. La atención del riesgo por maternidad era obligatoria para la asegurada obrera, entendida esta como trabajadora en actividad, lo que actualmente se conoce como asegurada titular, con lo que, en el caso del trabajador activo cuya cónyuge necesitara los servicios propios de la maternidad debía inscribirse a un seguro de familia que incluía a los hijos menores de 14 años beneficiándose de asistencia médica general y especial tanto en su domicilio como en consultorio y el servicio de farmacia.

La atención del parto se realizaba en el domicilio de la asegurada con la asistencia de una obstetra y solo era atendida por el médico en el hospital de acuerdo con los resultados de los exámenes previos y a las indicaciones brindadas por las obstetras. Las atenciones de nacimientos en el Hospital Mixto fueron aumentando conforme se aprecia en la tabla 21, ello en relación directa con el aumento de obreras aseguradas.

Tabla 21

Cantidad de nacimientos atendidos en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de 1941 a 1945

Servicio	1941	1942	1943	1944	1945
Atención de nacimientos	457	694	728	828	887

Nota: Se puede apreciar el aumento de las atenciones de nacimiento en correlación con el aumento de aseguradas. Elaborado en base a la octava memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944 y novena memoria anual de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

Dentro del hospital se distinguían los consultorios de maternidad y tuberculosis separado de las atenciones de enfermedades comunes para brindarle mayor atención a los asegurados que adolecían dichos riesgos y en el caso de las atenciones de maternidad para evitar el posible contagio de enfermedades del recién nacido.

Para el caso del subsidio por dinero a razón de treinta y seis días anteriores al parto y treinta y seis días posteriores al parto correspondía el 50% de su salario o renta diaria, en tanto que el subsidio por lactancia era otorgado a la asegurada equivalente al 25% de su salario o renta diaria hasta por ocho meses posteriores al parto.

De acuerdo con el informe del Dr. Edgardo Rebagliati, encargado de la instalación y organización de la caja, dando cuenta de su labor, fechado el 30 de noviembre de 1936, el Departamento de Actuario y Estadística elaboró los cálculos matemáticos actuariales para definir las operaciones de la Caja Nacional de Seguro Social en base a la información de la estadística general del trabajo dispuesto con Resolución Suprema de 28 de octubre de 1935, determinando que del total de obreros asegurados de Lima y Callao corresponde el 10% a obreras, lo que explicaría la reducida atención por maternidad en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima entre los años 1940 a 1941.

Finalmente, de acuerdo con la información obtenida de las memorias anuales que registra las actividades e información financiera de la Caja Nacional de Seguro Social y como parte de esta las atenciones médicas brindadas por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima desde su apertura en febrero de 1941 hasta diciembre de 1945 en favor de la salud de los obreros, se evidencia el aumento progresivo en los servicios de salud que ofrecía el nosocomio limeño que asciende a un porcentaje aproximado de incremento del 86% en relación a las atenciones iniciales, información que se puede apreciar en la tabla 22.

Tabla 22*Incremento de atenciones médicas de 1941 a 1945*

Servicio brindado por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima	1941	1945	Porcentaje de incremento
Servicio médico domiciliario	6 580	21 079	220.3 %
Servicio médico rural	49 560	53 581	8.1 %
Consultas externas	190 481	363 470	90.8 %
Hospitalización	6 459	8 997	39.2 %
Atenciones de TBC	220	371	68.6 %
Atenciones de maternidad	457	887	94 %
Promedio total			86 %

Nota: Se aprecia el incremento progresivo de las atenciones médicas en los diversos servicios tanto del Hospital Mixto como del policlínico. Elaborado en base a las memorias anuales de la Caja Nacional de Seguro Social.

El incremento de las atenciones médicas de los obreros de Lima de 1941 a 1945 en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima reflejan la preocupación del Estado por la salud pública de los obreros permitiendo que este grupo de trabajadores obtengan el bienestar de su salud gracias a que a partir de la creación de la Caja Nacional de Seguro Social tenían cubierto los riesgos laborales a las que estaban expuestos como el riesgo de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación, a partir de la información brindada por las Memorias Anuales de la Caja Nacional de Seguro Social, entre ellas, la atención al obrero ante el riesgo de enfermedad, así como la información de la revista informaciones sociales y las actas de sesiones del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social ha permitido conocer la importancia social de una entidad pública en el mejoramiento de la salud de los obreros tanto en las zonas urbanas como rurales de Lima, gracias a las atenciones médicas brindadas en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima, posteriormente conocido como Hospital Obrero, siendo estas atenciones especializadas y oportunas en el tratamiento de sus enfermedades coadyuvantes en la obtención del bienestar de los obreros que desde su apertura en febrero de 1941 a diciembre de 1945 tuvo un incremento en las atenciones de sus servicios del 86% en promedio general, siendo la sífilis y la tuberculosis las enfermedades que aquejaba significativamente a los obreros, siendo esta última enfermedad la causante del mayor número de decesos en el periodo estudiado que representan el 31% de defunciones.

El uso de las Memorias Anuales de la Caja Nacional de Seguro Social, documentos que contienen las actividades efectuadas durante determinado periodo, como fuente documental ha permitido conocer a través de datos cuantitativos el aumento progresivo de las atenciones médicas brindadas entre 1941 a 1945. Este aumento, se debió al incremento constante de inscripción de asegurados, así como a las distintas modalidades de servicio médico que ofrecía el Hospital Mixto y Policlínico de Lima, considerado entonces como uno de los más modernos de Sudamérica, con técnicas recientes para el tratamiento de enfermedades y con profesionales reconocidos en sus especialidades médicas, conllevando a que el obrero cuente con un mayor acceso a una asistencia médica oportuna y de calidad.

Son escasos los autores (Drinot, 2016) que han abordado la seguridad social de los obreros o la Caja Nacional de Seguro Social, entidad a cargo de la administración del seguro social obligatorio o el impacto en la salud de los obreros de Lima que generó el funcionamiento del Hospital Mixto y Policlínico de la Caja Nacional de Seguro Social, lo que se tiene es información somera respecto al proceso de establecimiento del seguro social obligatorio y de la implementación del citado nosocomio (Bustíos, 2005), mas no de los beneficios que trajo consigo para los obreros en cuanto a la prevención y tratamiento de sus enfermedades.

Para Drinot la creación del seguro social obligatorio por parte del gobierno del presidente Oscar Benavides obedecía a que la clase obrera debía cumplir la función de ser agente del progreso de la población indígena que se encontraba inmersa en constante atraso arrastrando a todo el país al retraso económico y social, es decir, el proceso de “desindianización” consistía en la “obrerización” del indígena; sin embargo, de acuerdo con el presente estudio, la creación e implementación de Seguro Social Obligatorio por parte del Estado Peruano fueron influenciados por la aparición en el siglo XIX del seguro social en Alemania y luego en el siglo XX en Sudamérica, modelo que fue difundido universalmente por la Organización Internacional del Trabajo para su implementación, además de ello, otra influencia importante en el contexto mundial fue la aparición de los derechos humanos de la denominada segunda generación, entre ellos los derechos sociales, siendo uno de ellos el derecho al seguro social, igualmente, en el ámbito nacional se tenían reclamos de los obreros por contar con un seguro social a tal punto de ser parte de los programas políticos del partido aprista y del partido socialista que representaban a los obreros en sus luchas.

Asimismo, siguiendo la línea del argumento de Drinot, si es que la creación del seguro social obligatorio tenía la finalidad de “modernizar” al poblador indígena, resulta contradictorio

que en los alcances del seguro social sea excluida la población indígena si es que la pretensión era hacerlos parte de los beneficios de la modernidad, como el acceso a un hospital y a novedosos tratamientos de salud. Para el presente estudio la exclusión del indígena del seguro social no se debió a su condición étnica sino a su condición laboral debido a que el modelo del seguro social era el bismarckiano o contributivo, por lo que, el requisito para su acceso era ser asalariado.

Siendo amplio el estudio de Bustíos sobre salud pública y seguridad social tiene poca información sobre aspectos relacionados al proceso de creación e implementación del Hospital Mixto y Policlínico de Lima, así como de los beneficios para los obreros en cuanto a la prevención y tratamiento de enfermedades, por ende, en la presente investigación se describe el proceso de construcción, desde su planificación hasta su culminación, así como el funcionamiento del citado nosocomio, identificándose las modalidades de servicios médicos que brindó, tanto en las instalaciones del nosocomio, como a través de visitas al domicilio y al centro de trabajo del obrero; características del primer y exclusivo hospital para obreros de Lima, cuya información sobre el aumento de las atenciones médicas entre 1941 a 1945 demuestran que el funcionamiento de este coadyuvó a promover el bienestar de los obreros respecto a su salud, generando un impacto positivo en la población obrera de Lima, quienes iban dejando de lado a los hospitales de la Beneficencia Pública, centros asistenciales en los que antes atendían sus dolencias, por un hospital de atención exclusiva.

Finalmente, el resultado de la presente investigación obtenido a través de fuentes documentales custodiadas en la actualidad en una entidad pública, el Seguro Social de Salud (ESSALUD), que a la fecha continua con la misión de brindar prestaciones de salud a los trabajadores asegurados, demuestran la importancia en la investigación histórica de los

documentos custodiados en los archivos de entidades públicas como fuente documental sobre todo de aquellas entidades con una larga vida institucional.

VI. CONCLUSIONES

La investigación desarrollada permite conocer la importancia social de una entidad pública en el mejoramiento de la salud de los obreros tanto en las zonas urbanas como rurales de Lima entre los años 1941 a 1945 en el marco de la implementación del seguro social obligatorio, el cual tuvo como entidad coadyuvante en su propósito de cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte a la Caja Nacional de Seguro Social y, como establecimiento de salud al Hospital Mixto y Policlínico de Lima, también conocido como Hospital Obrero, obtenemos las siguientes conclusiones:

- 1) El Hospital Mixto y Policlínico de Lima fue el primer establecimiento de salud en Lima del Seguro Social Obligatorio contando con diversas especialidades en las que se brindaba asistencia médica a los obreros de Lima y a los obreros referenciados del Callao y otras provincias del Perú, quienes a partir del 10 de febrero de 1941 contaban con un nosocomio exclusivo para el tratamiento de sus dolencias a través de servicios médicos brindados en sus instalaciones, así como visitas médicas domiciliarias y en los centros de trabajos rurales, cuyo registro de dichos servicios muestran el incremento progresivo de las atenciones médicas de 1941 a 1945. Estas acciones coadyuvaron a que el obrero alcance un nivel de bienestar de su salud y prescindiera paulatinamente de los hospitales de la Beneficencia Pública como el dos de mayo y el arzobispo Loayza.
- 2) Los seguros sociales aparecieron en la segunda mitad del siglo XIX en Alemania bajo el influjo de las ideas marxistas en los gremios sindicales y su modelo fue replicado en los países de América Latina gracias a la difusión de la Organización Internacional del Trabajo y a la aparición durante las últimas décadas del siglo XIX de los denominados “derechos sociales”, entre ellos el derecho a la seguridad social, reclamado también en el Perú por los

obreros a través del partido aprista y el partido socialista. En las primeras décadas del siglo XX se van aprobando normas que regulan la protección del trabajo de niños, mujeres, los accidentes de trabajo y la jubilación, llegando al 12 de agosto de 1936, fecha en la que se promulga la Ley n.º 8433 estableciéndose el seguro social obligatorio para los obreros brindando atención a los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

- 3) La primera acción en la planificación de la construcción, implementación y posterior puesta en funcionamiento del Hospital Mixto y Policlínico de Lima fue conseguir un terreno de grandes dimensiones que pueda tener la capacidad proyectada para la atención de los asegurados de Lima y Callao de acuerdo con los cálculos actuariales realizados, recayendo la elección en el terreno denominado “huerta del pellejo”, adquiriéndose el terreno en posesión de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Municipalidad de Lima y de Julia Garibaldi de Hammann, elaborándose los planos por parte de la firma Stevens, Curtis y Mason, de Boston y la construcción a cargo de la firma Fred T. Ley y Cía. Ltda. de Lima, ambas empresas internacionales con reconocida experiencia en la planificación y construcción de importantes edificaciones. La adquisición de materiales de construcción, materiales sanitarios y farmacológicos tuvieron un leve retraso debido al alza de precios y los problemas en el tráfico de mercadería ocasionados por la segunda guerra mundial, no obstante, se logró adquirir los insumos y materiales necesarios para su apertura realizada el 10 de febrero de 1941 para la asistencia médica de los obreros con equipos modernos y técnicas asistenciales recientes.
- 4) El Hospital Mixto y Policlínico de Lima brindó en sus consultorios especializados el servicio de consulta externa y ante la gravedad o complejidad de la enfermedad del obrero su hospitalización, ambos servicios médicos fueron brindados en las instalaciones del hospital,

en tanto que, para aquellos pacientes que no podían trasladarse al nosocomio se realizaba el servicio médico domiciliario y para los obreros de las haciendas agrícolas y fabricas lejanas de Lima se brindaba el servicio médico rural a través de visitas a los centros de trabajo con 6 rutas establecidas que partían desde el hospital, siendo estas medidas las que permitieron brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros asegurados de Lima en el periodo de 1941 a 1945.

VII. RECOMENDACIONES

La presente investigación deja abiertos temas de investigación relativos al proceso de institucionalización de la seguridad social y el seguro social en el Perú y, asimismo, al utilizar como fuentes documentales documentos en custodia del Archivo Histórico del Seguro Social de Salud – ESSALUD, evidencia la importancia de la información que se mantiene en custodia en los archivos de las entidades públicas; por ende, se recomienda lo siguiente:

- 1) Realizar investigaciones sobre la Congregación Misionera del Sagrado Corazón de Jesús, dado el importante rol que tuvieron en la formación de enfermeras en el Perú como la organización de la Escuela de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social y la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, así como en el desarrollo de servicios de salud en el siglo XX como la clínica Stella Maris.
- 2) Realizar investigaciones sobre el proceso de implementación del Seguro Social del Empleado, el cual cubría los riesgos de invalidez, vejez y muerte para el empleado público y particular, permitiendo que el seguro social sea de alcance para los empleados con participación del Estado a través del sistema contributivo.
- 3) Las universidades deben promover y difundir en los estudiantes de la carrera profesional de Historia la importancia de los archivos de entidades públicas, con énfasis en aquellas entidades de larga vida institucional, quienes conservan en sus repositorios fuentes documentales de diversos fondos y, como tales, son fuentes trascendentales para la investigación histórica.

VIII. REFERENCIAS

8.1. Referencias Documentales

8.1.1. Archivo Histórico del Seguro Social de Salud – ESSALUD (AHSSS)

A. Actas de sesión de la Caja Nacional de Seguro Social

AHSSS. Acta de la primera sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Libro 1.1936.

AHSSS. Acta de la cuarta sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Libro 1.1937.

AHSSS. Acta de la novena sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Libro 1. 1937.

AHSSS. Acta de la décima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Libro 1. 1937.

AHSSS. Acta de la undécima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Libro 1. 1937.

AHSSS. Acta de la duodécima sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Libro 2. 1937.

AHSSS. Acta de la décimo tercera sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro

Social. Libro 1. 1937.

AHSSS. Acta de la vigésimo segunda sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro

Social. Libro 1. 1938.

AHSSS. Acta de sesión de la octogésima tercera sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional

de Seguro Social. Libro 3. 1941.

AHSSS. Acta de la centésima trigésima sexta sesión del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social. Libro 4. 1946.

B. Memorias Anuales de la Caja Nacional de Seguro Social

AHSSS. Primera Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1937.

AHSSS. Segunda Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1938.

AHSSS. Tercera Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1939.

AHSSS. Cuarta Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1940.

AHSSS. Quinta Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1941

AHSSS. Octava Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente al año 1944.

AHSSS. Novena Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social correspondiente a los años 1945 a 1949.

C. Archivo Digital de la Legislación Peruana

Ley n.º 1378, Ley de accidentes de trabajo.

Ley n.º 2851, Ley de trabajo de los niños y mujeres por cuenta ajena.

Ley n.º 4916, que modifica el artículo 296 del Código de Comercio.

Ley n.º 4960, que autoriza a la Beneficencia de Lima para vender al Concejo Provincial los terrenos de la "Huerta del Pellejo".

Ley n.º 5070, que autoriza la venta de los terrenos denominados "Huerta del Pellejo" de propiedad de la Beneficencia Pública de Lima.

Ley n.º 5604, que manda a construir un policlínico en la Facultad de Medicina de Lima.

Ley n.º 8314, Ley que autoriza al Poder Ejecutivo para poner en vigencia el proyecto de ley de "Seguro Social".

Ley n.º 8433, que establece el seguro social obligatorio para obreros.

Ley n.º 8435, que concede goces de jubilación, cesantía y montepío a los funcionarios y empleados de la administración Pública.

Ley n.º 8509, que modifica la Ley n.º 8433.

Ley n.º 8593, que autoriza al Poder Ejecutivo la venta del terreno “huerta del pellejo” a la Caja Nacional de Seguro Social.

Decreto Ley n.º 10902, que crea el Seguro Social Obligatorio del Empleado.

8.2. Referencias bibliográficas

Amador, J. (1979). Hospital y Salud Publica. *Revista Médica de Costa Rica*, XLVI(469), pp. 179-

181. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/469/art12.pdf>

Arrieta, A. (2016). Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (23), pp. 3-30.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/rlds/n23/1870-4670-rlds-23-00003.pdf>

Burga, M., y Flores, A. (1979). *Apogeo y crisis de la República Aristocrática*. Rikchay Perú.

Burke, P. (1997). *Historia y Teoría Social*. Instituto Mora. <https://rfdvcatedra.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/02/burke-peter-historia-y-teoria-social.pdf>

Bustíos, C. (2004). *Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú, 1533-1933*. Fondo editorial UNMSM.

Bustíos, C. (2005). *La salud pública, la seguridad social y el Perú demoliberal (1933 - 1968)*. CONCYTEC.

Bustíos, C. y colaboradores (2015). *La tuberculosis en la historia de la salud pública peruana: 1821-2011*. CONCYTEC, UNMSM. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3390.pdf>

Bustíos, C. y Díaz, P. (2019). *Historia de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1985): Antecedentes, desarrollo y comentarios*. Ministerio de Salud.

Cardoso, C. (2000). *Introducción al trabajo de la investigación histórica. Conocimiento, método e historia*. Editorial Crítica.

Casal, J. (1993). La Investigación en Historia de las Instituciones y la función de las ideas. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*. (5), pp. 57-66.
<https://revista.fder.edu.uy/index.php/rfd/article/view/442/482>

Chu, P. (1996). Evolución del concepto de bienestar en la vida profesional. *Revista Internacional del Trabajo*. 115(34), pp. 403-415.
<https://researchrepository.ilo.org/esploro/outputs/journalArticle/Evoluci%C3%B3n-del-concepto-de-bienestar-en/995219279202676>

Contreras, C., y Cueto, M. (2013). *Historia del Perú Contemporáneo. Desde las luchas por la Independencia hasta el presente*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Conferencia de trabajo de los estados de América miembros de la Organización Internacional de Trabajo. *Actas de las sesiones*. (1936).
https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/1936/36B09_20_SPAN.pdf

Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (1994). *La Seguridad Social en el Perú*.
http://biblioteca.ciess.org/adiss/r578/la_seguridad_social_en_per

Contreras, C. (Ed.). (2020). *Compendio de Historia Económica del Perú*. IEP Instituto de Estudios Peruanos, BCRP Banco Central de Reserva del Perú.

<https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/libros/historia/5-gran-depresion-y-reformismo-militar.pdf>

Contreras, C., y Cueto, M. (2013). *Historia del Perú Contemporáneo. Desde las luchas por la Independencia hasta el presente*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Cortina, A. (2009). *Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía*. Alianza Editorial.

Cotler, J. (2005). *Clases, Estado y Nación en el Perú*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Drinot, P. (2016). *La seducción de la clase obrera: trabajadores, raza y la formación del Estado Peruano*. IEP Instituto de Estudios Peruanos y Ministerio de Cultura.

Drinot, P. (2022). *Historia de la Prostitución en el Perú, 1850-1956*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Espinoza, W. (2012). *Los Incas*. Amaru Editores.

Flores Salgado, L. (2015). *Temas actuales de los derechos humanos de última generación*.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4304/13.pdf>

Hobsbawm, E. (1983). *Marxismo e historia social*. Universidad Autónoma de Puebla.
https://espaimarx.net/elsarbres/wpcontent/uploads/2020/02/47294738_hobsbawm_marxismo_e_historia_social.pdf

Kammann, P. (1982). *Movimientos campesinos en el Perú 1900-1968: análisis cuantitativo y cualitativo*. Universidad Mayor de San Marcos, Seminario de Historia Rural Andina.
<https://cedoc.sisbib.unmsm.edu.pe/public/pdf/ISHRA/342-Manuscrito%20de%20libro-1276-1-10-20210416.pdf>

Klaren, P. (2012). *Nación y Sociedad en la Historia del Perú*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Lossio, J. (2002). *Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Lossio, J., Barriga, E. (Ed.) (2017). *Salud pública en el Perú del siglo XX: paradigmas, discursos y políticas*. PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/64243>

Marasco, N., y Fernández, M. (2009). *La solidaridad en la seguridad social: hacia una ciudadanía social*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. http://biblioteca.ciess.org/adiss/r48/la_solidaridad_en_la_seguridad_social_hacia_una_ciudadana_social

Mariátegui, J., (1967). *La organización del proletariado*. Lima, Perú: Ediciones Bandera Roja. <https://original-ufdc.uflib.ufl.edu/UF00087156/00001/207x>

Marx, C., y Engels, F. (1948). *Manifiesto Comunista*. Babel.

Mesa-Lago, C (abril de 1986). Seguridad Social y desarrollo en América Latina. *Revista de la CEPAL*, (28), 131-146. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/11398>

Nietzsche, F. (2008). *El nacimiento de la tragedia*. Editorial EDAF SL.

Nugent, R. (1997). La Seguridad Social: su historia y sus fuentes. En Buen, N., Morgado, E. (Coord.), *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social* (pp. 603-622). Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/139/36.pdf>

Nuñez, J. (2009). Primeros rastros de la teoría bacteriológica en el discurso médico peruano: el debate entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1985. En Cueto, M., Lossio, J., Pasco C. (Ed.). *El rastro de la salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Nuñez, J. (2009). Un episodio en la historia de la tuberculosis en el Perú (Tamboraque, 1895). *Histórica*, 33(1), 43-64. <https://doi.org/10.18800/historica.200901.001>

Oficina Internacional del Trabajo. (2011). *La seguridad social y la primacía del Derecho*. [https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09663/09663\(2011-100-1B\)326.pdf](https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09663/09663(2011-100-1B)326.pdf)

Organización Internacional del Trabajo. (1920). *Cláusulas de los tratados de paz relativas al trabajo*. https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1920/20B09_18_span.pdf

Pasco, C., y Nuñez, J. (2009). Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930. En Cueto, M., Lossio, J., Pasco C. (Ed.). *El rastro de la salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Paz Soldán, C. (1914). *La asistencia social en el Perú*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1479>

Pérez Leñero, J (1953). La seguridad social como concepto. *Cuadernos de Política Social*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2496726>

Pease, F (2009). *Los Incas*. Lima, Perú: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Pérez Luño, A. (2013). Las Generaciones de Derechos Humanos. *Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global*. 2 (1), 163-196.

https://periodicos.ufsm.br/REDESG/article/view/10183/pdf_1

Rebagliati, E. (1937). La Previsión Social en el Perú. *Informaciones Sociales*. I (1), 343 – 363.

Rebagliati, E. (1949). *Organización y perspectivas de la seguridad social en el Perú*. Hijos de E. Minuesa.

Seguro Social de Salud (2019). *Breve Historia de la Caja Nacional del Seguro Social (1936 - 1973)*. Repositorio Digital ESSALUD.

<https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/836>

Seguro Social de Salud (2021). *Breve Historia de la Escuela de Enfermería de la Caja Nacional del Seguro Social*. Repositorio Digital ESSALUD.

<https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/1956>

Stein, O. (1941). Hacia la seguridad social. *Revista Internacional del Trabajo*, XXIV (3), 255-283.

Sulmont, D. (1985). *El movimiento obrero peruano (1890-1980): reseña histórica*. Tarea.

Toyama, J. (2010). Reflexiones sobre los sujetos de la relaciona laboral, *Ius Et Veritas* (40), 140-158. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/122550>

Vergara, C. (1952). La Seguridad Social. *Seguridad Social*, (3), 55-74. http://biblioteca.ciess.org/adiss/r674/la_seguridad_social

Yepes, C. (2007). *Gustave Flaubert. Sobre la creación literaria: correspondencia escogida*. IEP Instituto de Estudios Peruanos. Fuentetaja. Talleres de escritura creativa

Zelenka, A. (1953). Hacia la seguridad social. *Informaciones Sociales*. VIII (3), p. 23.

IX. ANEXOS

Anexo A: Ley n.º 8433, que establece el seguro social obligatorio para obreros.

LEY N.º 8433

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Por cuanto:

La ley N.º 8314 autoriza al Poder Ejecutivo para poner en vigencia el proyecto de ley de seguro social obligatorio, pudiendo introducir las innovaciones necesarias, de acuerdo con una comisión de tres miembros designada por el Congreso Constituyente; y estando acordadas dichas innovaciones;

Decreta:

CAPITULO I

Campo de aplicación

Art. 1.º.—El seguro social establecido por la presente ley cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte

Art. 2.º.—El seguro social es obligatorio:

a)—Para todas las personas de uno u otro sexo, menores de 60 años de edad, que trabajan habitualmente bajo dependencia de un patrono, sea este persona natural o jurídica, de derecho público o privado, siempre que su salario anual no exceda de 3,000 00 soles oro;

Quedan también comprendidos en el seguro obligatorio los trabajadores a domicilio y los del servicio doméstico;

b)—Para los aprendices, aunque no reciban salario;

c)—Para los que trabajan independientemente, si sus ingresos anuales no exceden de 3,000.00 soles oro.

Art. 3.º—No se consideran asegurados obligatorios:

a)—Las personas comprendidas en la Ley N.º 4916 y sus ampliatorias, para quienes se dictará un régimen especial de previsión;

b)—Los empleados del Estado, Concejos Municipales, Sociedades Públicas de Beneficencia y Compañías Fiscalizadas;

c)—Los obreros que se encuentren afiliados a una caja especial de jubilaciones y pensiones, siempre que su organización fuere anterior a la presente ley y que su funcionamiento hubiese sido autorizado por el Estado.

Esta exoneración se considerará transitoria, pudiendo los obreros comprendidos en ella ingresar al seguro social obligatorio en cuanto se hubieren determinado y cumplido los requisitos técnicos y condiciones que el Poder Ejecutivo, previo informe de los actuarios de la Caja Nacional de Seguro Social, determine para su incorporación;

d)—Los menores de 11 años, y los que sin recibir salario en dinero trabajan en casa de sus padres y por cuenta de estos;

e)—Los miembros de la familia del trabajador que vivan con él, trabajen a su servicio y no reciban salario en dinero;

f)—Los accidentados del trabajo o enfermos profesionales que perciben, han percibido o puedan percibir una renta vitalicia.

Si el accidente del trabajo o la enfermedad profesional la sufre un asegurado, de-

jará de continuar obligado al seguro y se le devolverán sus cuotas personales anteriores con intereses capitalizados a razón del 5 por ciento anual; y

g)—Los obreros cuyo número de jornadas anuales de trabajo es inferior a 90.

Art. 4º—Las personas comprendidas en los incisos a) y b) del Art. 2º se denominan asegurados dependientes y las comprendidas en el inciso c) asegurados independientes.

Art. 5º—Los asegurados obligatorios que dejen de serlo y las personas menores de 40 años de edad que sin ser obreros viven de su trabajo y cuyos ingresos anuales no exceden de 3,000.00 soles oro, pueden ser admitidos facultativamente al seguro.

El asegurado facultativo debe acreditar que no sufre enfermedad o invalidez permanente, total o parcial, que pueda influir en el grado de su morbilidad o capacidad de trabajo. Este requisito no es exigible a los asegurados, no accidentados del trabajo ni enfermos profesionales, que cesen en el seguro obligatorio y pasen inmediatamente después al seguro facultativo.

Las prestaciones debidas al asegurado facultativo están condicionadas a los mismos requisitos que las debidas a los asegurados obligatorios, con la excepción considerada en el artículo 32.

Art. 6º—Los asegurados obligatorios pueden contratar con la Caja Nacional de Seguro Social un seguro de familia, en virtud del cual se otorgan a su cónyuge, siempre que no sea a su vez asegurado obligatorio, y a sus hijos menores de 14 años, que estuvieren a su cargo, las prestaciones consideradas en los incisos a) y c) del Art. 28.

El seguro de familia comprende la atención obstétrica de la cónyuge del asegurado.

CAPITULO II

Recursos

Art. 7º—El seguro social se financia:

a)—Con las cuotas de los asegurados, de los patronos y del Estado;

b)—Con el producto de las multas que se impongan por infracciones de la presente ley y de todas las demás de carácter social;

c)—Con los intereses de sus capitales y reservas;

d)—Con los legados y donaciones que se le hicieren y las herencias que se le dejaren;

e)—Con un impuesto del 1 por ciento sobre el valor de las cancelaciones o pagos que hagan el Estado, los Concejos Municipales y las Compañías Fiscalizadas, con excepción de los servicios de las deudas externa e interna, subvenciones a instituciones de beneficencia o de instrucción gratuita, emolumentos, sueldos, pensiones y jornales;

f)—Con un impuesto adicional al tabaco, del 2 por ciento; y

g)—Con un impuesto adicional al consumo de alcoholes y bebidas alcohólicas, del 2 por ciento.

Art. 8º—Las cuotas a que se refiere el inciso a) del artículo anterior serán las siguientes:

Asegurados dependientes: 2.5% el asegurado; 4.5% el patrono y 1% el Estado;

Asegurados independientes: 3.5% el asegurado y 2.5% el Estado;

Asegurados facultativos: 7% el asegurado y 1% el Estado.

Art. 9º—La cuota del seguro de familia

será del 2%, a cargo exclusivo del asegurado.

A los asegurados que hubieren permanecido afiliados al seguro obligatorio durante 150 semanas consecutivas, y que continúen

en él, se les rebajará la cuota del seguro de familia al 1%.

Art. 10º—Las cuotas se calcularán sobre el salario o renta medios semanales establecidos en el siguiente cuadro de categorías:

Categoría N°	Salario Semanal		Término medio	VALOR DE LA IMPOSICION SEMANAL			
				Asegurados obligatorios			Asegurados independientes
				Patrón	Obrero	Suma	
			4,5%	2,5%	7%	3,5%	
	S|.	” S|.		S|.	S|.	S|.	S|.
1	....	a 6,00	06,00	0,27	0,15	0,42	0,21
2	.... de	6,01 ” 16,00	12,00	0,54	0,30	0,84	0,42
3	.... ”	16,01 ” 26,00	22,00	0,99	0,55	1,54	0,77
4	.... ”	26,00 ” 36,00	32,00	1,44	0,80	2,24	1,12
5	.... ”	36,01 ” 46,00	42,00	1,89	1,05	2,94	1,47
6	.... ”	46,01 ” 57,70	52,00	2,34	1,30	3,64	1,81

Art. 11º—Los asegurados facultativos pagarán sus cuotas sobre la base de la sexta categoría del cuadro del artículo anterior.

Los que se inscriban en el seguro facultativo por haber cesado en el seguro obligatorio pagarán sus cuotas sobre la base del salario semanal medio de su última cotización.

Art. 12º—La cuota del seguro de familia se calculará sobre la base del salario o renta semanal medio que corresponda al asegurado.

Art. 13º—La evaluación de los salarios comprenderá las cantidades que los patronos abonen a los asegurados en dinero y en especie.

Art. 14º—Las cuotas de los aprendices serán pagadas íntegramente por los patronos sobre la base de la primera categoría del cuadro del artículo décimo.

Serán también de cargo exclusivo de los patronos las cuotas de los asegurados que sólo reciban salario en especie.

Art. 15º—Las cuotas de los patronos son de su exclusivo cargo, siendo nula toda convención en contrario.

Art. 16º—El trabajador a domicilio, que

es asegurado dependiente con relación al principal por cuya cuenta trabaja, no está obligado al pago de las cuotas patronales de los obreros que le sirven para ese principal, que es a quien corresponde su abono.

Art. 17º—El pago de las cuotas de los asegurados dependientes se hará efectivo por el patrono en el momento de cancelar los salarios.

Por el importe de dichas cuotas como por el de las que le son afectas, adquirirá el patrono las estampillas emitidas por la Caja Nacional de Seguro Social y las colocará en las libretas especiales que se entregarán a los asegurados.

Las estampillas se anularán en la forma prescrita para los timbres fiscales.

Art. 18º—Los asegurados independientes y los facultativos cumplirán directamente con la obligación de pagar sus cuotas.

CAPITULO III

Inversión de los fondos

Art. 19º—Las reservas técnicas que forme la Caja Nacional de Seguro Social para los

riesgos de invalidez, vejez y muerte, así como sus reservas libres, se invertirán en las más eficientes condiciones de garantía y rentabilidad, prefiriéndose aquellas que reporten ventajas para los servicios de la institución y que contribuyan, en beneficio de los asegurados, a la higiene social y la prevención de las enfermedades.

Art. 20º—Cada cinco años se harán revisiones actuariales de las previsiones financieras de la Caja Nacional de Seguro Social.

Art. 21º—La Caja Nacional de Seguro Social regulará la distribución de sus fondos con arreglo a los cálculos actuales que le sirvieron de base o con los que se adopte en virtud de los resultados que arrojen las revisiones ordenadas en el artículo anterior.

CAPITULO IV

Concesiones especiales

Art. 22º—Los asegurados dependientes que trabajen más de 90 jornadas pero menos de 200 en el año pagarán sus cuotas conforme al salario percibido; pero, para el efecto de los beneficios, se le computará en el año tantas imposiciones semanales como las que correspondan al valor de las cotizaciones en relación con un salario semanal de 6.00 soles oro.

Si en virtud de este cómputo resultara a favor del asegurado un número de imposiciones semanales superior a 52, se reducirán a esta cantidad, prorrateándose entre ellas el exceso.

Art. 23º—A los asegurados obligatorios que dejen de serlo sin tener derecho a prestaciones y que no se afilien al seguro facultativo, se les reconoce un plazo de validez de sus cotizaciones. Este plazo, contado a partir de la última cotización, será igual al tercio del período de su permanencia activa en el seguro obligatorio.

Art. 24º—Los períodos de incapacidad temporal por enfermedad y los de paro for-

zoso, siempre que no excedan de seis meses, se considerarán por una sola vez y para el solo efecto del cómputo de las imposiciones en relación con los riesgos de invalidez, vejez y muerte, como períodos de cotización.

Art. 25º—Tanto los pensionados de invalidez como los pensionados de vejez pueden mantener el derecho a las prestaciones consideradas en los incisos a), b) y c), del artículo 28 mediante el pago de una cuota del 1% calculada sobre el monto de sus pensiones.

CAPITULO V

Inscripción de los asegurados

Art. 26º—La inscripción de los asegurados dependientes será solicitada por el patrono dentro de los seis días siguientes a su ingreso al trabajo, pudiendo también solicitarla los interesados.

Los asegurados independientes, sin perjuicio de las medidas compulsivas que adopte la Caja Nacional de Seguro Social, solicitarán directamente su inscripción.

Art. 27º—Cuando se trata de personas exceptuadas de la obligatoriedad del seguro en virtud de lo dispuesto en los incisos f) y g) del artículo 3º la excepción será calificada por la Caja Nacional de Seguro Social, sin que, entretanto, dejen de oblar las cuotas de los asegurados y de los patronos.

Calificada favorablemente la excepción se devolverán las cuotas pagadas.

CAPITULO VI

Riesgos cubiertos y prestaciones

Riesgos de enfermedad

Art. 28º—Las prestaciones debidas por el riesgo de enfermedad son las siguientes:

- a) —Asistencia médica general y especial;
- b) —Asistencia hospitalaria;

- c)—Servicio de farmacia; y
d)—Subsidios en dinero.

Art. 29º—Las prestaciones consideradas en los incisos del artículo anterior serán otorgadas a los asegurados que tengan cuando menos 4 imposiciones semanales en los 60 días anteriores a la enfermedad.

El subsidio que será igual al 50% del salario o renta medios diarios, se otorgará a partir del tercer día siguiente a la enfermedad.

Si el asegurado es hospitalizado y no tiene cónyuge, hijos legítimos o naturales o ascendientes a su cargo, se reduce el subsidio a la mitad.

Art. 30º—Las prestaciones del riesgo de enfermedad sólo se otorgarán durante 26 semanas que podrán prolongarse a 52 en las enfermedades de larga evolución o convalecencia.

Art. 31º—Se otorgarán las prestaciones del seguro de familia, dentro del límite fijado en el artículo 6º cuando los asegurados que lo contraten hayan pagado por ese concepto diez cotizaciones semanales en los cuatro meses anteriores al estado de enfermedad de su cónyuge e hijos.

El seguro de familia comprende la atención obstétrica, médica y de farmacia, de la cónyuge del asegurado.

Art. 32º—A los asegurados facultativos se les otorgará las prestaciones del riesgo de enfermedad después de haber cumplido por lo menos 20 cotizaciones semanales en los 160 días anteriores a la enfermedad.

Art. 33º—Se suspenden las prestaciones del riesgo de enfermedad en los casos en que el asegurado se niegue a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan.

Riesgo de maternidad

Art. 34º—En el curso de la preñez, en el parto y en el puerperio gozan las aseguradas de las prestaciones consideradas en los incisos a), b) y c) del artículo 28º a condición de que tengan cuando menos 4

imposiciones semanales en los 90 días anteriores al parto.

Art. 35º—Durante los 36 días anteriores y los 36 posteriores al parto, la asegurada gozará de un subsidio igual al 50% de su salario o renta medios diarios, siempre que deje todo trabajo asalariado durante ambos períodos.

A partir de la fecha del parto y por un término máximo de 8 meses, recibirá además, la asegurada un subsidio de lactancia igual al 25% de su salario o renta medios diario: Este subsidio se entregará en dinero o en bonos de leche.

Los subsidios de maternidad y lactancia sólo son debidos a las aseguradas que hubieren cumplido el período de cotizaciones considerado en el artículo 34º.

Art. 36º—La asegurada que tiene derecho a las prestaciones del riesgo de maternidad no puede reclamar a su patrono el cumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos 14º y 15º de la Ley Nº 2851.

Art. 37º—Se otorgarán las prestaciones generales del riesgo de enfermedad a las aseguradas que después de los 36 días de asistencia posterior al parto se encontraran como consecuencia de enfermedad sobreviniente en estado de incapacidad para el trabajo.

Art. 38º—Se suspenden los subsidios de maternidad y lactancia en los casos en que la asegurada se resista a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan o a concurrir a los consultorios de maternidad o de lactancia.

Riesgo de invalidez

Art. 39º—El asegurado que a la expiración del plazo fijado en el artículo 30º o antes, sufra de una enfermedad no profesional o lesión no proveniente de accidente del trabajo, que reduzca en dos tercios su capacidad para el trabajo, tendrá derecho a una pensión de invalidez.

Para estimar el grado de incapacidad de trabajo se tomarán en cuenta las aptitudes físicas y mentales del asegurado, su edad, sexo y la relación entre el rendimiento económico de sus esfuerzos y los de otra persona de iguales condiciones y sana en un trabajo cualquiera.

Art. 40°—Se otorgará la pensión de invalidez al asegurado que tenga un mínimo de 260 imposiciones semanales y no menos de 100 en los 4 años anteriores a la declaración del estado de invalidez.

Art. 41°—La pensión será igual al 40% del salario o renta medios devengados por el asegurado durante los dos años anteriores a la declaración del estado de invalidez.

La pensión se aumentará en un 2% por cada 106 imposiciones semanales más que tuviera el asegurado, hasta el 60% en total como máximo.

Se mejorará, además, la pensión si el asegurado tiene cónyuge de 60 años de edad o inválido y sin derecho por este título a una pensión, o hijos menores de 14 años o inválidos a su cargo. La mejora importará un aumento de 1% por el cónyuge y cada uno de los hijos, sin exceder en total del 10% del salario o renta medios tomado como base para la pensión de invalidez.

Art. 42°—La pensión de invalidez se concederá durante los cinco primeros años en forma provisional, y después en forma definitiva.

A la expiración del período provisional el asegurado será sometido a una investigación médica para establecer si se mantiene en el mismo estado de incapacidad para el trabajo, en cuyo caso la pensión se transformará en definitiva, o si la incapacidad se ha reducido al 50%, en cuyo caso la pensión se cancela.

Art. 43°—Los asegurados que reciban o pretendan recibir una pensión de invalidez están obligados a someterse a los tratamientos que se le prescriban para prevenir, retardar o terminar su invalidez.

Art. 44°—Se le suspenderá la pensión o no se le concederá al asegurado que se niegue a someterse a las investigaciones médicas, o que se resista a las medidas preventivas o reparativas antes indicadas.

Art. 45°—No hay lugar a pensión de invalidez cuando la realización del riesgo es consecuencia de un hecho voluntario del asegurado o de la comisión de un delito.

Riesgo de vejez

Art. 46°—El asegurado que haya cumplido 60 años de edad y que tenga por lo menos 1,040 imposiciones semanales tendrá derecho a una pensión de vejez cuyo monto será igual al 40% de su salario o renta medios obtenidos durante los últimos cinco años.

La pensión se aumentará en un 2% por cada 100 imposiciones semanales más que tuviera el asegurado, hasta el 60% en total como máximo.

Se mejorará, además, la pensión si el asegurado tiene cónyuge mayor de 60 años de edad o inválido y sin derecho por esos conceptos a una pensión, o hijos menores de 14 años o inválidos a su cargo. La mejora importará un aumento de 1% por el cónyuge y cada uno de los hijos, sin exceder en total del 10% del salario o renta medios tomado como base para la pensión de vejez.

Art. 47°—Cuando por haber ingresado al seguro a una edad mayor de 40 años o por otra causa no pueda el asegurado completar las 1,040 imposiciones semanales que le dan derecho a la pensión de vejez, se le otorgará una pensión reducida cuyo monto será proporcional al período de sus cotizaciones.

No se otorgará pensión al asegurado que al llegar a los 60 años de edad no tuviera por lo menos 260 cotizaciones semanales. En este caso se le devolverán sus cuotas personales con intereses capitalizados a razón del 5% por ciento anual.

Art. 48°—Las pensiones de invalidez y vejez que deban servirse en el extranjero y que correspondan a asegurados no nacio-

nales serán abonadas sobre la base única de las cuotas personales, excluyéndose la renta correspondiente a las cotizaciones del Estado.

Art. 49°—Las pensiones de vejez é invalidez no son acumulables.

Art. 50°—El pensionado de vejez o invalidez que continúe trabajando, está exonerado de toda contribución al seguro obligatorio.

Riesgo de muerte

Art. 51°—Al fallecimiento de un asegurado, sea activo o pensionado se entregará a sus deudos una suma fija, a establecerse según el lugar del deceso para los gastos de funeral.

Si no hubiera deudos o familiares que se apersonen, el funeral estará a cargo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Art. 52°—Las personas consideradas en el artículo siguiente recibirán a la muerte del asegurado, activo o pensionado, un capital de defunción equivalente al 50% de su salario o renta medios anuales siempre que el causante hubiere cumplido por lo menos 100 imposiciones semanales y no menos de 50 en los dos años anteriores al deceso, si se trata de asegurados no pensionados de vejez o invalidez.

Art. 53°—El capital de defunción pertenecerá por iguales partes y con derecho a acrecer al cónyuge sobreviviente y a los hijos legítimos o naturales menores de 17 años o inválidos que hayan estado a cargo del asegurado fallecido.

A falta de cónyuge sobreviviente y de hijos legítimos o naturales, pertenece el capital de defunción, a los ascendientes que hubieran estado a cargo del asegurado.

Y si no hubiere cónyuge, hijos ni ascendientes con derecho al capital de defunción, pertenecerá éste a la Caja Nacional de Seguro Social.

Art. 54°—El derecho para cobrar el capital de defunción prescribe a los tres años

contados a partir de la fecha del fallecimiento del asegurado. Los capitales de defunción prescritos quedarán a favor de la Caja Nacional de Seguro Social.

CAPITULO VII

Organización general

Art. 55°—Para atender al cumplimiento de los fines indicados por la presente ley, se crea con personería jurídica la Caja Nacional de Seguro Social.

Art. 56°—La dirección administrativa, financiera y técnica de la Caja Nacional de Seguro Social estará a cargo de un Consejo Directivo que se constituirá con el siguiente personal:

El Ministro de Salud Pública, que lo presidirá;

El Director de Previsión Social;

El Director General de Salubridad;

Dos representantes de los asegurados;

Dos representantes de los patronos;

Un médico designado por la Facultad de Medicina; y

El Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social.

Los miembros del Consejo Directivo percibirán por cada sesión a la que concurren la remuneración que señale el reglamento.

Art. 57°—Dos funcionarios o personeros designados por el Poder Ejecutivo examinarán periódicamente las cuentas y balances de la Caja Nacional de Seguro Social, sin perjuicio del control que ejercite el Consejo Directivo.

Art. 58°—El Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social será designado por el Consejo Directivo y no podrá ser separado de su cargo sino en el caso de haber sido condenado judicialmente por algún delito cometido en el ejercicio de su funciones o fuera de ellas o de haber sido declarado por sentencia responsable de grave infracción de la presente ley o de ineptitud o incapacidad comprobadas.

Las denuncias contra el Gerente sólo podrán hacerse por el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.

La representación de la Caja Nacional de Seguro Social corresponde a su Gerente General.

Art. 59º—Los empleados de la Caja Nacional de Seguro Social no están comprendidos en la ley N° 4916 y sus ampliatorias.

La Caja Nacional de Seguro Social organizará para sus empleados un régimen de previsión.

CAPITULO VIII

Sanciones

Art. 60º—Al patrono que no cumpliera con la obligación de inscribir a sus obreros o aprendices, en el plazo indicado en el Art. 26, se le impondrá una multa de 10 a 500 soles oro.

Al patrono que en el acto de cancelar los salarios de sus obreros no les descontara el monto de sus cuotas se le impondrá una multa de 500 a 1,000 soles oro, sin perjuicio de pagar por su cuenta las cuotas no descontadas, con intereses a razón del 0.5% mensual.

Al patrono que descuente a sus obreros el monto de sus cuotas y no adquiera por su valor y por el de las que le son afectas las respectivas estampillas, se le impondrá una multa de 1,000 a 5,000 soles oro, sin perjuicio de pagar las sumas retenidas con intereses a razón del 0.5% mensual.

A los asegurados independientes que no cumplan con la obligación de inscribirse se les impondrá una multa de 5 a 50 soles oro sin perjuicio de inscribirlos de oficio y cobrarseles las cuotas insolutas con intereses a razón de 0.5% mensual.

Art. 61º—A las personas culpables de fraude o declaración falsa para obtener, o hacer obtener, o intentar hacer obtener prestaciones que no son debidas, se les impondrá

una multa de 10 a 100 soles oro, sin perjuicio de las sanciones penales a que hubiere lugar y de perder, si el culpable fuese asegurado, todos sus derechos.

Art. 62º—Se reputarán como cuotas personales del patrón las estampillas que no fueran anuladas en la forma prescrita por la ley.

Art. 63º—Cualquiera otra infracción no prevista será penada con multa de 10 a 100 soles oro.

Art. 64º—Las sanciones previstas en los artículos precedentes se elevarán al doble en caso de reincidencia.

CAPITULO IX

Resolución de los conflictos

Art. 65º—Los reclamos que formulen los patronos o los asegurados con motivo de la aplicación de la presente ley, serán resueltos por la Gerencia General de la Caja Nacional de Seguro Social.

Art. 66º—De las resoluciones adoptadas por la Gerencia General podrá interponerse recurso de revisión por ante el Consejo Directivo, cuyas resoluciones producen ejecutoria.

CAPITULO X

Disposiciones generales

Art. 67º—Se concede a la Caja Nacional de Seguro Social los siguientes beneficios:

a) —Exoneración de derechos de importación y adicionales y de toda clase de impuestos directos o indirectos, creados o por crearse, inclusive las contribuciones o arbitrios municipales;

b) —Exoneración del uso de papel sellado y del pago de multas, costas y timbres judiciales.

c)—Exoneración de derechos en los Registros de la Propiedad Inmueble, Mercantil y de la Prenda Agrícola; y

d)—Inembargabilidad de sus fondos, bienes y rentas.

Art. 68º—La Caja Nacional de Seguro Social ejercerá las facultades coactivas establecidas en la Ley N° 4528 para el cobro de las cantidades que le fueran debidas y de las multas que imponga.

Art. 69º—Las cantidades debidas a la Caja Nacional de Seguro Social por cuotas o multas, gozan de la preferencia considerada en el inciso 1º del artículo 110 y del inciso 1º del artículo 111 de la Ley N° 7566.

Los depósitos y cuentas corrientes bancarias de la Caja Nacional de Seguro Social gozarán de preferencia sobre cualesquiera otras clases de crédito.

Art. 70º—No están afectos a la Ley N° 4831 y sus ampliatorias los recibos que otorguen los asegurados por las prestaciones que reciban de la Caja Nacional de Seguro Social, ni sujetos a la Ley N° 2227 y sus ampliatorias los capitales de defunción.

Art. 71º—Las prestaciones en dinero acordadas a los asegurados son inembargables, salvo en una tercera parte, por pensiones aliménticias.

Art. 72º—Los capitales de defunción son indisputables a sus beneficiarios, inclusive a la Caja Nacional de Seguro Social cuando tuviere derecho a ellos.

Art. 73º—Las pensiones de invalidez y vejez se pagarán por meses, y los subsidios de enfermedad, maternidad y lactancia por semanas o días.

Art. 74º—Los asegurados obligatorios que reciben de sus patrones o de una sociedad de socorros mutuos ya constituida y reconocida oficialmente, las prestaciones del seguro de enfermedad y maternidad, en forma y extensión no inferiores a las concedidas por la presente ley, podrán exonerarse de la obligatoriedad del seguro sólo en cuanto a esos riesgos.

En este caso la Caja Nacional de Seguro

Social, previa investigación, entregará a dichos patronos o a los asegurados la parte de las cuotas que corresponda técnicamente a los riesgos de enfermedad y maternidad, reservando la parte calculada para los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

Art. 75º—Los servicios hospitalarios que la Caja Nacional de Seguro Social contrata con las Sociedades Públicas de Beneficencia, serán pagados sobre los precios de costo.

Art. 76º—Las prestaciones acordadas por la presente ley comenzarán a otorgarse después de los seis meses de la primera cotización de cada asegurado, reconociéndose validez a las cotizaciones cumplidas en este período.

Disposiciones transitorias

Primera.— El Poder Ejecutivo determinará los departamentos o provincias de la República en los que se aplicará de inmediato el seguro social obligatorio, teniendo en cuenta su desarrollo industrial, situación geográfica y la posibilidad del establecimiento de los servicios del seguro.

Igualmente, determinará el Poder Ejecutivo la fecha en que comenzará la cobranza de las cuotas de los patronos y obreros.

Los impuestos creados a favor del Seguro Social Obligatorio se recaudarán a partir de la promulgación de la presente ley.

Segunda.—Se autoriza al Poder Ejecutivo para conceder a la Caja Nacional de Seguro Social un préstamo no mayor de 100,000 soles oro para que atienda a los primeros gastos de su instalación.

Este préstamo, que se hará con cargo a los impuestos creados a favor del Seguro Social Obligatorio, se reembolsará dentro del plazo de un año.

Tercera.—En tanto que se dictan normas para la organización de las corporaciones obreras y patronales, corresponderá al Poder Ejecutivo la designación de sus repre-

sentantes en el Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social.

Cuarta.—Mientras se organizan los servicios de la Caja Nacional de Seguro Social, podrá el Poder Ejecutivo encomendar a la Caja de Depósitos y Consignaciones, Departamento de Recaudación, la cobranza transitoria de sus recursos y rentas.

Quinta.—Autorízase al Poder Ejecutivo para ceder a título gratuito a la Caja Nacional de Seguro Social y para el funcionamiento de su oficina matriz, un local de propiedad del Estado.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los doce días del mes de agosto de mil novecientos treinta y seis.

O. R. BENAVIDES.

Fortunato Quesada.

Disposiciones provisionales para la aplicación de la Ley de Seguro Social.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Considerando:

Que la primera disposición transitoria de la Ley N° 8433 encomienda al Poder Ejecutivo la determinación de los departamentos o provincias de la República en los que se aplicará de inmediato el Seguro Social Obligatorio y el señalamiento del plazo en que comenzarán a cobrarse las cuotas obreras y patronales;

Que la segunda disposición transitoria de la misma ley autoriza al Poder Ejecutivo para conceder a la Caja Nacional de Seguro Social un préstamo no mayor de cien mil soles oro para que atienda a los primeros gastos de su instalación, con cargo a los ingresos provenientes de los impuestos creados a favor del seguro social;

Que la cuarta disposición transitoria faculta al Poder Ejecutivo para encomendar a la Caja de Depósitos y Consignaciones,

Departamento de Recaudación, la cobranza de los recursos asignados al seguro social;

En ejercicio de la atribución que le confiere el inciso 8° del Art. 154 de la Constitución del Estado.

Decreta:...

Art. 1°—El Seguro Social Obligatorio establecido por la ley N° 8433 se aplicará de inmediato en los Departamentos de Ancash, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Ica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Lima, Piura y Puno y en las provincias Constitucional del Callao y litoral de Tumbes.

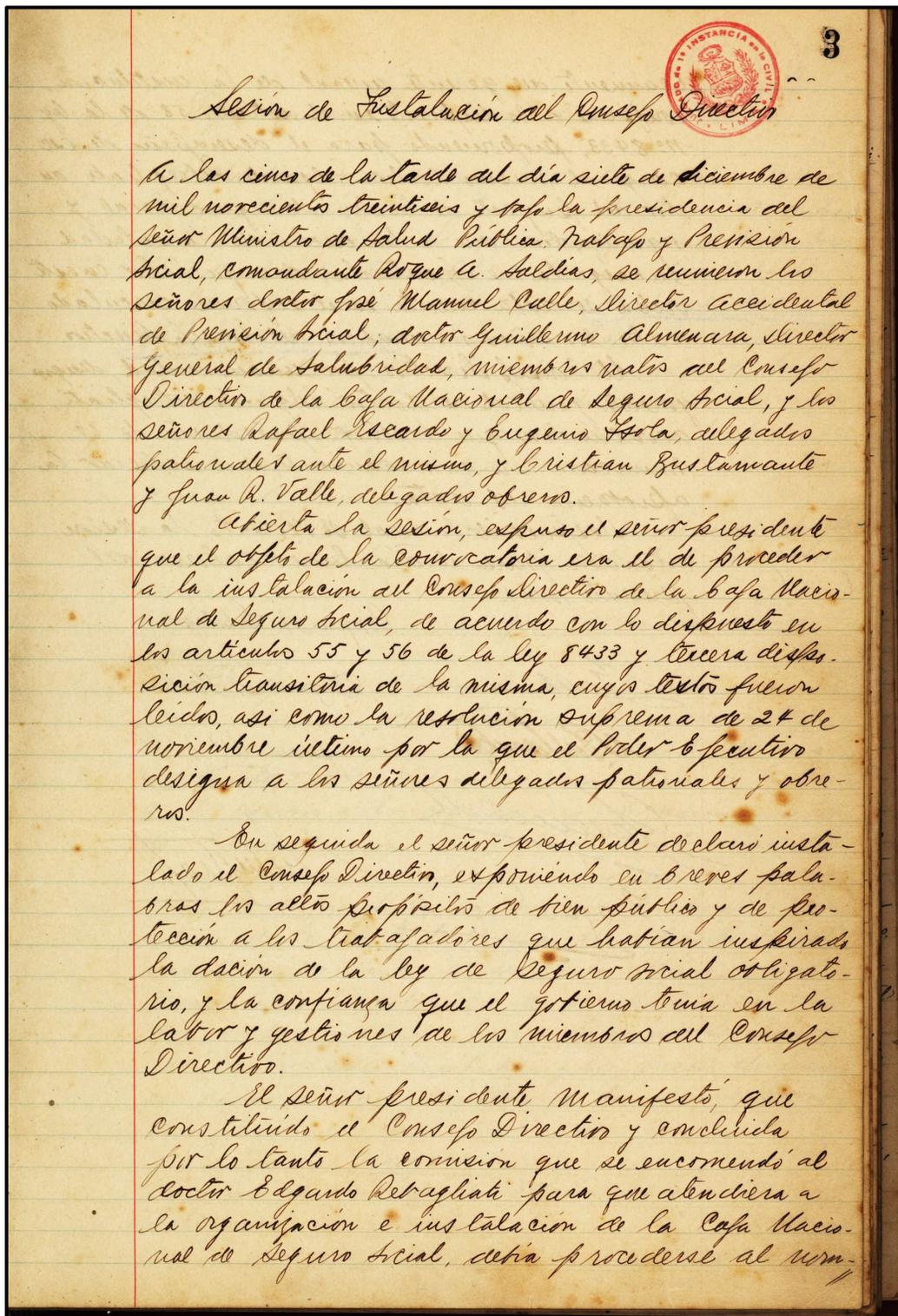
Art. 2°—La recaudación de las cuotas patronales y obreras se hará efectiva en los indicados departamentos y provincias a partir del día primero de setiembre próximo

Art. 3°—Encomiéndase a la Caja de Depósitos y Consignaciones, Departamento de Recaudación, la cobranza transitoria de las rentas y recursos asignados al seguro social obligatorio, en las mismas condiciones acordados para la recaudación de las rentas fiscales.

Art. 4°—Las estampillas correspondientes a las cuotas obreras y patronales, a las del seguro de familia y del seguro facultativo y los timbres del impuesto a las cancelaciones a que se refiere el inciso e) del Art. 7° de la Ley N° 8433, serán proporcionados por el Banco Central de Reserva; que queda encargado de su control en la forma establecida para las especies valoradas, por cuenta de la Caja Nacional de Seguro Social.

Art. 5°—Mientras se procede a la impresión de las estampillas y libretas, los patronos depositarán en las oficinas de la Caja de Depósitos y Consignaciones, Departamento de Recaudación, el importe de sus cuotas y el de las de sus obreros, acompañando una nómina de éstos, con indicación de los salarios percibidos, días de trabajo y monto de las cuotas obreras y patronales. Acompañarán igualmente la cédula de inscripción de cada asegurado, con arreglo

Anexo B: Acta de la primera sesión, sesión de instalación, del Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social (CNSS). 7/12/1936.



4

nombramiento del gerente general de la institución, conforme a lo dispuesto en el artículo 58 de la ley N° 8433, proponiendo para el desempeño de ese cargo al mismo doctor Edgardo Ribezliati, autor del proyecto de la ley de seguro social y organizador como se ha dicho de la entidad encargada de ejecutarla, de cuya labor en este orden se da cuenta en el informe circularizado entre los señores miembros del Consejo Directivo.

El Consejo Directivo, por unanimidad, designa gerente general al doctor Edgardo Ribezliati, acordándose que el señor presidente le comunicara su nombramiento, sin esperar la aprobación del acta.

Después de lo cual se levanta la sesión, citándose para el día lunes catorce del presente mes.

Roque A. Saldías

J. Shuenen

Eugenio A. Gólar

Roberto Pastam

Juan R. Valle

Jesús Cabello

Meluytrati

Rafael Escandi

Anexo C: Ley n.º 8593, que autoriza la venta del terreno “huerta del pellejo” a la Caja Nacional de Seguro Social

LEY N° 8593

Autorizando al Poder Ejecutivo para el vender el terreno denominado Huerta del Pellejo a la Caja Nacional de Seguro Social para la construcción del Policlínico para la Facultad de Medicina.

OSCAR R. BENAVIDES, GENERAL DE
DE DIVISION

Presidente Constitucional de la República.

Por cuanto:

En uso de las facultades legislativas concedidas al Poder Ejecutivo por el Congreso Constituyente en mérito de ley N° 8463;

Considerando:

Que para dar cumplimiento a lo dispuesto en la ley N° 5604 que mandó construir un Policlínico para la Facultad de Medicina y con fondos provenientes del impuesto á las especialidades farmacéuticas creado por dicha ley, adquirió el Estado en 23 de julio de 1927 el terreno denominado “Huerta del Pellejo”;

Que el decreto-ley N° 128 de 30 de abril de 1931 modificó la ley N° 5604 en el sentido de ap'azar la construcción del Policlínico y de asignar á la Facultad de Medicina para atender á necesidades imprecindibles de enseñanza objetiva y asistencia hospitalaria los fondos del impuesto á las especialidades farmacéuticas;

Que a partir de la expedición del decreto ley N° 7128 la facultad de Medicina ha percibido los fondos provenientes del cita-

do impuesto, dedicándolos á fines de carácter docente y hospitalario;

Que la Caja Nacional de Seguro Social ha formulado propuestas de adquisición del terreno denominado "Huerta del Pellejo" para dedicarlo a la construcción de un Hospital Mixto y Policlínico para sus asegurados de Lima y Callao;

Que es deber del Estado fomentar el desarrollo de los servicios hospitalarios y prestar su cooperación al mejor cumplimiento de los fines de previsión que el Seguro Social representa.

Que igual deber le incumbe en cuanto á la protección material y fomento de las instituciones docentes;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros;

EL PODER EJECUTIVO

Ha dado la ley siguiente:

Artículo 1°—Autorízase al Poder Ejecutivo para vender el área de 39,622.50 metros cuadrados denominada "Huerta del Pellejo" á la Caja Nacional de Seguro Social por el mismo precio de S/. 323,213.00 (Trescientos veintitres mil doscientos trece soles oro), en que fué adquirida á nombre del Estado por la Comisión encargada de la construcción del Policlínico para la Facultad de Medicina.

Artículo 2°—Aplázase la construcción del Policlínico para la Facultad de Ciencias Médicas, por subsistir las razones invocadas en el decreto-ley N° 7128.

Artículo 3°—Asígnase á la Facultad de Ciencias Médicas el precio de la compra-venta que hará el Poder Ejecutivo á la Caja Nacional de Seguro Social del área del terreno denominado "Huerta del Pellejo".

Artículo 4°—La Facultad de Ciencias Médicas invertirá el producto de la venta del terreno antes indicado, así como los fondos provenientes del impuesto creado por la ley

N° 5604, en las obras de asistencia hospitalaria y de mejoramiento de sus fines docentes que el Poder Ejecutivo determine, oyendo á dicho Instituto.

Casa de Gobierno, en Lima, á los dieciocho días del mes de noviembre de mil novecientos treinta y siete.

O. R. BENAVIDES.

E. Montagne, Presidente del Consejo de Ministros y Ministro de Educación Pública

Diómedes Arias Schreiber, Ministro de Justicia y Culto y encargado interinamente de Relaciones Exteriores.

A. Rodríguez, Ministro de Gobierno y Policía.

F. Hurtado, Ministro de Guerra.

Benjamín Roca, Ministro de Hacienda y Comercio.

Hector Boza, Ministro de Fomento.

Roque A. Saldías, Ministro de Marina y Aviación.

Rafael Escardó, Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.

Por tanto:

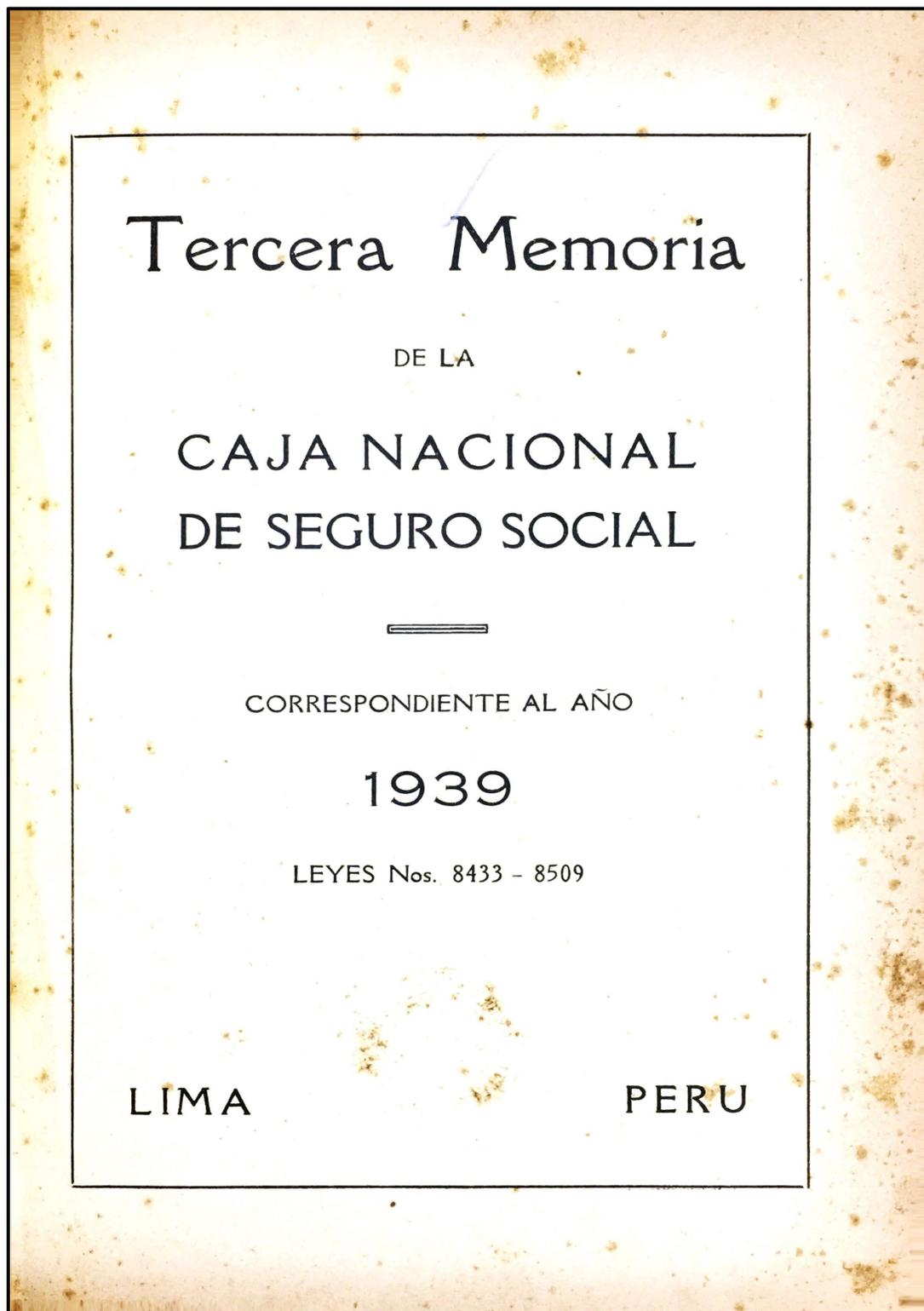
Mando se publique y cumpla.

Casa de Gobierno, en Lima, á los dieciocho días del mes de noviembre de mil novecientos treinta y siete.

O. R. BENAVIDES.

Benjamín Roca.

Anexo D: Portada de la tercera memoria de la Caja Nacional de Seguro Social del ejercicio 1937



Anexo E: Récord de enseñanza teórica y práctica de estudiante de la Escuela de enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social de 1941 a 1944

003

ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

LIMA, HOSPITAL OBRERO, AVDA. GRAU, TEL. 38100 AN. 72

RECORD DE LA ENSEÑANZA TEORICA Y DE LA EXPERIENCIA PRACTICA

Alumna: Isabel AGUIRRE PEÑAFIEL Ingreso: 7. IV. 1941
Egreso: 26. III. 1944.

CURSOS:	HORAS:	NOTA OBTENIDA:
<u>I°. Año de estudios:</u>		
Anatomía y Fisiología	65	13
Técnicas y Artes de Enfermería	63	13
Farmacología y Terapéutica	18	13
Higiene y Enfermedades Transmisibles	27	14
Medicina General	62	16
Cirugía General	33	15
Ética Profesional	27	13
<u>II°. Año de estudios:</u>		
Nutrición y Dietética	69	14
" " " Laboratorio		
Análisis Clínicos: Microbiología	34	14
Química		
Técnicas y Artes de Enfermería	45	14
Estrugía General	20	14
Especialidades quirúrgicas: Ortopedia	5	13
Oftalmología	5	15
Otorrinolaringología	5	19
Gastroenterología	10	12
Fisiología	7	16
Farmacología y Terapéutica	17	16
Ética Profesional	26	12
Cultura Religiosa	10	14
Inglés	18	12
<u>III°. Año de estudios:</u>		
Artes de Enfermería	30	13
Ginecología y Obstetricia	36	16
Puericultura y Pediatría	17	13
Dermatología	9	16
Fisioterapia	31	18
Dietética práctica	85	-
Psicología y Psiquiatría	32	15
Ética profesional	30	13
Historia Profesional	Conferencias	
Sociología	33	15
Taquigrafía	28	15
Inglés	51	12

Nota. Archivo histórico del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Anexo F: Tarjeta de cotizaciones del asegurado

Advertencias Importantes

Esta tarjeta deberá permanecer en poder del patrono mientras el trabajador a cuyo favor se extiende se encuentra a su servicio. No obstante deberá ser mostrada al trabajador cada vez que éste lo solicite.

El patrono está obligado a exhibir a los Inspectores de la Caja Nacional de Seguro Social, las tarjetas de sus obreros, para su revisión y examen de conformidad con los libros de salarios.

Queda estrictamente prohibido escribir en esta tarjeta cualquiera indicación, especialmente si ella puede redundar en perjuicio del trabajador.

Las cotizaciones patronales y obreras del Seguro Social obligatorio se hacen efectivas mediante la colocación en las tarjetas de las estampillas emitidas por la Caja Nacional de Seguro Social.

Los patronos abonarán las cotizaciones de acuerdo con su escala de salarios y porcentajes fijados por el art. 10^o de la Ley No. 8609, a fin de no incurrir en infracciones sancionables y de evitar a sus trabajadores dificultades en la percepción de los beneficios.

Esta tarjeta debe ser canjeada por la correspondiente a 1942 el mes de Enero de dicho año. Para no entorpecer el abono de las cotizaciones durante el período de canje de las tarjetas se han previsto 5 casillas adicionales, en las cuales serán adheridas las estampillas correspondientes a las semanas de Enero del año 1942, mientras se efectúa el canje.

Si un asegurado notare que a su tarjeta le faltan cotizaciones o que estas no guardan relación con los descuentos efectuados deberá dar aviso inmediato a la Caja Nacional de Seguro Social.

PAGOS POR MES O POR QUINCENA

Para calcular el salario semanal de los trabajadores que son pagados por mes o por quincena se multiplicará el valor del haber por 12 o por 24, respectivamente, y se dividirá la cantidad que se obtenga por 52. El cociente será el salario semanal.

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL
LEY 8433

29 58201

TARJETA DE COTIZACIONES

ASEGURADO OBLIGATORIO AÑO 1941

APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRE	

TARJETA DE COTIZACIONES ENTREGADA EN
EL DE DE 1941

FIRMA DEL ASEGURADO
Por la Caja Nacional de Seguro Social
Jefe del Dpto. Técnico-Estadístico

NO PIERDA ESTA TARJETA...!

ES UN VALOR EFECTIVO; SI LA PIERDE NO PODRÁ OBTENER LOS BENEFICIOS QUE LA LEY ACUERDA: ASISTENCIA MÉDICA - SUBSIDIOS - HOSPITALIZACIÓN MATERNIDAD - PENSIONES - ETC.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Péguese cada estampilla en su respectiva casilla, según la semana de lunes a sábado que corresponda al pago. Si el salario es llamado al obrero en forma mensual, péguese una estampilla en cada una de las casillas que llevan el nombre del mes respectivo. Anulese cada estampilla con firma y fecha.

		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO	
		1-1-41	8-1-41	1-2-41	8-2-41	1-3-41	8-3-41	1-4-41	8-4-41	1-5-41	8-5-41	1-6-41	8-6-41	1-7-41	8-7-41	1-8-41	8-8-41	1-9-41	8-9-41	1-10-41	8-10-41	1-11-41	8-11-41	1-12-41	8-12-41	1-1-42	8-1-42
		15-1-41	22-1-41	15-2-41	22-2-41	15-3-41	22-3-41	15-4-41	22-4-41	15-5-41	22-5-41	15-6-41	22-6-41	15-7-41	22-7-41	15-8-41	22-8-41	15-9-41	22-9-41	15-10-41	22-10-41	15-11-41	22-11-41	15-12-41	22-12-41	15-1-42	22-1-42
		30-1-41	6-2-41	30-2-41	6-3-41	30-3-41	6-4-41	30-4-41	6-5-41	30-5-41	6-6-41	30-6-41	6-7-41	30-7-41	6-8-41	30-8-41	6-9-41	30-9-41	6-10-41	30-10-41	6-11-41	30-11-41	6-12-41	30-12-41	6-1-42	30-1-42	6-2-42
		13-1-41	20-1-41	13-2-41	20-2-41	13-3-41	20-3-41	13-4-41	20-4-41	13-5-41	20-5-41	13-6-41	20-6-41	13-7-41	20-7-41	13-8-41	20-8-41	13-9-41	20-9-41	13-10-41	20-10-41	13-11-41	20-11-41	13-12-41	20-12-41	13-1-42	20-1-42
		27-1-41	3-2-41	27-2-41	3-3-41	27-3-41	3-4-41	27-4-41	3-5-41	27-5-41	3-6-41	27-6-41	3-7-41	27-7-41	3-8-41	27-8-41	3-9-41	27-9-41	3-10-41	27-10-41	3-11-41	27-11-41	3-12-41	27-12-41	3-1-42	27-1-42	3-2-42
		10-2-41	17-2-41	10-3-41	17-3-41	10-4-41	17-4-41	10-5-41	17-5-41	10-6-41	17-6-41	10-7-41	17-7-41	10-8-41	17-8-41	10-9-41	17-9-41	10-10-41	17-10-41	10-11-41	17-11-41	10-12-41	17-12-41	10-1-42	17-1-42	10-2-42	17-2-42
		24-2-41	31-2-41	24-3-41	31-3-41	24-4-41	31-4-41	24-5-41	31-5-41	24-6-41	31-6-41	24-7-41	31-7-41	24-8-41	31-8-41	24-9-41	31-9-41	24-10-41	31-10-41	24-11-41	31-11-41	24-12-41	31-12-41	24-1-42	31-1-42	24-2-42	31-2-42
		5-4-41	12-4-41	5-5-41	12-5-41	5-6-41	12-6-41	5-7-41	12-7-41	5-8-41	12-8-41	5-9-41	12-9-41	5-10-41	12-10-41	5-11-41	12-11-41	5-12-41	12-12-41	5-1-42	12-1-42	5-2-42	12-2-42	5-3-42	12-3-42	5-4-42	12-4-42
		19-4-41	26-4-41	19-5-41	26-5-41	19-6-41	26-6-41	19-7-41	26-7-41	19-8-41	26-8-41	19-9-41	26-9-41	19-10-41	26-10-41	19-11-41	26-11-41	19-12-41	26-12-41	19-1-42	26-1-42	19-2-42	26-2-42	19-3-42	26-3-42	19-4-42	26-4-42
		3-5-41	10-5-41	3-6-41	10-6-41	3-7-41	10-7-41	3-8-41	10-8-41	3-9-41	10-9-41	3-10-41	10-10-41	3-11-41	10-11-41	3-12-41	10-12-41	3-1-42	10-1-42	3-2-42	10-2-42	3-3-42	10-3-42	3-4-42	10-4-42	3-5-42	10-5-42
		17-5-41	24-5-41	17-6-41	24-6-41	17-7-41	24-7-41	17-8-41	24-8-41	17-9-41	24-9-41	17-10-41	24-10-41	17-11-41	24-11-41	17-12-41	24-12-41	17-1-42	24-1-42	17-2-42	24-2-42	17-3-42	24-3-42	17-4-42	24-4-42	17-5-42	24-5-42
		31-5-41	7-6-41	31-6-41	7-7-41	31-7-41	7-8-41	31-8-41	7-9-41	31-9-41	7-10-41	31-10-41	7-11-41	31-11-41	7-12-41	31-12-41	7-1-42	31-1-42	7-2-42	31-2-42	7-3-42	31-3-42	7-4-42	31-4-42	7-5-42	31-5-42	7-6-42
		14-6-41	21-6-41	14-7-41	21-7-41	14-8-41	21-8-41	14-9-41	21-9-41	14-10-41	21-10-41	14-11-41	21-11-41	14-12-41	21-12-41	14-1-42	21-1-42	14-2-42	21-2-42	14-3-42	21-3-42	14-4-42	21-4-42	14-5-42	21-5-42	14-6-42	21-6-42
		28-6-41	5-7-41	28-7-41	5-8-41	28-8-41	5-9-41	28-9-41	5-10-41	28-10-41	5-11-41	28-11-41	5-12-41	28-12-41	5-1-42	28-1-42	5-2-42	28-2-42	5-3-42	28-3-42	5-4-42	28-4-42	5-5-42	28-5-42	5-6-42	28-6-42	5-7-42
		11-7-41	18-7-41	11-8-41	18-8-41	11-9-41	18-9-41	11-10-41	18-10-41	11-11-41	18-11-41	11-12-41	18-12-41	11-1-42	18-1-42	11-2-42	18-2-42	11-3-42	18-3-42	11-4-42	18-4-42	11-5-42	18-5-42	11-6-42	18-6-42	11-7-42	18-7-42
		25-7-41	1-8-41	25-8-41	1-9-41	25-9-41	1-10-41	25-10-41	1-11-41	25-11-41	1-12-41	25-12-41	1-1-42	25-1-42	1-2-42	25-2-42	1-3-42	25-3-42	1-4-42	25-4-42	1-5-42	25-5-42	1-6-42	25-6-42	1-7-42	25-7-42	1-8-42
		8-8-41	15-8-41	8-9-41	15-9-41	8-10-41	15-10-41	8-11-41	15-11-41	8-12-41	15-12-41	8-1-42	15-1-42	8-2-42	15-2-42	8-3-42	15-3-42	8-4-42	15-4-42	8-5-42	15-5-42	8-6-42	15-6-42	8-7-42	15-7-42	8-8-42	15-8-42
		22-8-41	29-8-41	22-9-41	29-9-41	22-10-41	29-10-41	22-11-41	29-11-41	22-12-41	29-12-41	22-1-42	29-1-42	22-2-42	29-2-42	22-3-42	29-3-42	22-4-42	29-4-42	22-5-42	29-5-42	22-6-42	29-6-42	22-7-42	29-7-42	22-8-42	29-8-42
		5-9-41	12-9-41	5-10-41	12-10-41	5-11-41	12-11-41	5-12-41	12-12-41	5-1-42	12-1-42	5-2-42	12-2-42	5-3-42	12-3-42	5-4-42	12-4-42	5-5-42	12-5-42	5-6-42	12-6-42	5-7-42	12-7-42	5-8-42	12-8-42	5-9-42	12-9-42
		19-9-41	26-9-41	19-10-41	26-10-41	19-11-41	26-11-41	19-12-41	26-12-41	19-1-42	26-1-42	19-2-42	26-2-42	19-3-42	26-3-42	19-4-42	26-4-42	19-5-42	26-5-42	19-6-42	26-6-42	19-7-42	26-7-42	19-8-42	26-8-42	19-9-42	26-9-42
		3-10-41	10-10-41	3-11-41	10-11-41	3-12-41	10-12-41	3-1-42	10-1-42	3-2-42	10-2-42	3-3-42	10-3-42	3-4-42	10-4-42	3-5-42	10-5-42	3-6-42	10-6-42	3-7-42	10-7-42	3-8-42	10-8-42	3-9-42	10-9-42	3-10-42	10-10-42
		17-10-41	24-10-41	17-11-41	24-11-41	17-12-41	24-12-41	17-1-42	24-1-42	17-2-42	24-2-42	17-3-42	24-3-42	17-4-42	24-4-42	17-5-42	24-5-42	17-6-42	24-6-42	17-7-42	24-7-42	17-8-42	24-8-42	17-9-42	24-9-42	17-10-42	24-10-42
		31-10-41	7-11-41	31-11-41	7-12-41	31-12-41	7-1-42	31-1-42	7-2-42	31-2-42	7-3-42	31-3-42	7-4-42	31-4-42	7-5-42	31-5-42	7-6-42	31-6-42	7-7-42	31-7-42	7-8-42	31-8-42	7-9-42	31-9-42	7-10-42	31-10-42	7-11-42
		14-11-41	21-11-41	14-12-41	21-12-41	14-1-42	21-1-42	14-2-42	21-2-42	14-3-42	21-3-42	14-4-42	21-4-42	14-5-42	21-5-42	14-6-42	21-6-42	14-7-42	21-7-42	14-8-42	21-8-42	14-9-42	21-9-42	14-10-42	21-10-42	14-11-42	21-11-42
		28-11-41	5-12-41	28-12-41	5-1-42	28-1-42	5-2-42	28-2-42	5-3-42	28-3-42	5-4-42	28-4-42	5-5-42	28-5-42	5-6-42	28-6-42	5-7-42	28-7-42	5-8-42	28-8-42	5-9-42	28-9-42	5-10-42	28-10-42	5-11-42	28-11-42	5-12-42
		11-12-41	18-12-41	11-1-42	18-1-42	11-2-42	18-2-42	11-3-42	18-3-42	11-4-42	18-4-42	11-5-42	18-5-42	11-6-42	18-6-42	11-7-42	18-7-42	11-8-42	18-8-42	11-9-42	18-9-42	11-10-42	18-10-42	11-11-42	18-11-42	11-12-42	18-12-42
		25-12-41	1-1-42	25-1-42	1-2-42	25-2-42	1-3-42	25-3-42	1-4-42	25-4-42	1-5-42	25-5-42	1-6-42	25-6-42	1-7-42	25-7-42	1-8-42	25-8-42	1-9-42	25-9-42	1-10-42	25-10-42	1-11-42	25-11-42	1-12-42	25-12-42	1-1-43
		8-1-42	15-1-42	8-2-42	15-2-42	8-3-42	15-3-42	8-4-42	15-4-42	8-5-42	15-5-42	8-6-42	15-6-42	8-7-42	15-7-42	8-8-42	15-8-42	8-9-42	15-9-42	8-10-42	15-10-42	8-11-42	15-11-42	8-12-42	15-12-42	8-1-43	15-1-43
		22-1-42	29-1-42	22-2-42	29-2-42	22-3-42	29-3-42	22-4-42	29-4-42	22-5-42	29-5-42	22-6-42	29-6-42	22-7-42	29-7-42	22-8-42	29-8-42	22-9-42	29-9-42	22-10-42	29-10-42	22-11-42	29-11-42	22-12-42	29-12-42	22-1-43	29-1-43
		5-2-42	12-2-42	5-3-42	12-3-42	5-4-42	12-4-42	5-5-42	12-5-42	5-6-42	12-6-42	5-7-42	12-7-42	5-8-42	12-8-42	5-9-42	12-9-42	5-10-42	12-10-42	5-11-42	12-11-42	5-12-42	12-12-42	5-1-43	12-1-43	5-2-43	12-2-43
		19-2-42	26-2-42	19-3-42	26-3-42	19-4-42	26-4-42	19-5-42	26-5-42	19-6-42	26-6-42	19-7-42	26-7-42	19-8-42	26-8-42	19-9-42	26-9-42	19-10-42	26-10-42	19-11-42	26-11-42	19-12-42	26-12-42	19-1-43	26-1-43	19-2-43	26-2-43
		3-3-42	10-3-42	3-4-42	10-4-42	3-5-42	10-5-42	3-6-42	10-6-42	3-7-42	10-7-42	3-8-42	10-8-42	3-9-42	10-9-42	3-10-42	10-10-42	3-11-42	10-11-42	3-12-42	10-12-42	3-1-43	10-1-43	3-2-43	10-2-43	3-3	

Anexo G: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Metodología
<p>Problema general: ¿Cómo coadyuvó el Hospital Mixto y Policlínico de Lima de la Caja Nacional de Seguro Social en la obtención del bienestar de los obreros de Lima entre 1941 a 1945?</p>	<p>Objetivo general: Conocer de qué manera el Hospital Mixto y Policlínico de Lima coadyuvó a la obtención del bienestar de los obreros de Lima entre los años 1941 a 1945.</p>	<p>Hipótesis general El Hospital Mixto y Policlínico de Lima fue el primer establecimiento de salud exclusivo para la atención de los obreros de Lima, contando con diversas especialidades médicas y brindando servicios médicos a los obreros en sus instalaciones, asimismo, a fin de atender a un mayor número de obreros, brindaba atención médica domiciliaria y en el centro de trabajo, coadyuvando de esta manera en la obtención del bienestar del obrero a través de la mejora de su estado de salud.</p>	<p>Dimensión de variable 1: <i>Seguro social en el Perú</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surgimiento del seguro social - Antecedentes de la seguridad social en el Perú - Caja Nacional de Seguro Social 	<p>Tipo: Investigación histórica, descriptiva y argumentativa</p> <p>Método: El trabajo fue desarrollado a través de la investigación historiográfica relacionado al tema de seguridad social con un enfoque interdisciplinario. Se realizó el análisis de la información contenida en las actas de sesión del consejo directivo con las memorias anuales de la Caja Nacional de Seguro Social y las normas y procedimientos establecidos en las leyes emanadas por el Congreso, así como de fuentes bibliográficas para interrelacionar la información recopilada y procesarla.</p> <p>Técnica: Análisis heurístico y hermenéutico que permitió obtener datos cuantitativos y cualitativos.</p> <p>Instrumentos: Se hizo uso de fichas resumen y tablas en formato <i>word</i> y <i>excel</i>, respectivamente que permitieron la realización de la investigación.</p>
<p>Problemas secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles fueron los factores que influyeron en la implementación por parte del Estado Peruano del seguro social obligatorio para obreros? - ¿Cómo se desarrolló el proceso de implementación del Hospital Mixto y Policlínico de Lima para brindar servicios de salud a los obreros de Lima? - ¿Cuáles fueron las modalidades de servicios que se adoptaron en el Hospital Mixto y Policlínico de Lima para la atención de los servicios de salud que permitieron brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros de Lima entre 1941 a 1945? 	<p>Objetivos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores que influyeron en la implementación por parte del Estado Peruano del seguro social obligatorio para obreros. - Describir las acciones realizadas por la Caja Nacional de Seguro Social para la construcción y el funcionamiento del Hospital Mixto y Policlínico de Lima. - Identificar las modalidades realizadas por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima para la atención de los servicios de salud que permitieron brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros de Lima entre 1941 a 1945. 	<p>Hipótesis secundaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La difusión de la Organización Internacional del Trabajo del modelo de seguro social contributivo, implementado en Alemania entre 1883 a 1889, así como la aparición durante las últimas décadas del siglo XIX y el siglo XX de los denominados derechos humanos de segunda generación, entre ellos, el derecho a la seguridad social, sumado con el reclamo de los obreros, a través del partido aprista y el partido socialista por la implementación del seguro social influyeron en el establecimiento del seguro social obligatorio para obreros en el Perú, el cual se inició el 12 de agosto de 1936 con la promulgación de la Ley n.º 8433. - En la construcción y funcionamiento de su primer nosocomio en Lima, la Caja Nacional de Seguro Social, previa investigación y evaluación, adquiere un terreno de gran dimensión con el apoyo del poder ejecutivo, elaborándose los planos por empresas internacionales de reconocida experiencia en la planificación y construcción de importantes hospitales y otros edificios, equipándose con instrumental médico moderno y con personal de enfermería formado en teoría y práctica en su propio centro de formación, aperturándose el 10 de febrero de 1941 para la atención de las enfermedades de los obreros con técnicas recientes para su tratamiento, equipos modernos, técnicas asistenciales recientes y profesionales médicos y asistenciales. - Las modalidades de servicio brindadas por el Hospital Mixto y Policlínico de Lima como el servicio médico domiciliario, para los enfermos convalecientes; el servicio médico rural, para los obreros de las haciendas agrícolas y fabricas lejanas de Lima; el servicio de consulta externa y el servicio de hospitalización fueron medidas que desarrolló el Hospital Mixto y Policlínico de Lima que permitió brindar asistencia médica a la mayor cantidad de obreros de Lima entre 1941 a 1945. 	<p>Dimensión de variable 2: <i>Obreros asegurados de Lima</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción de los obreros al seguro social en Lima - Tuberculosis en obreros - Sífilis en obreros <p>Dimensión de variable 3: <i>Salud pública de obreros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Mixto y Policlínico de Lima - Evaluación de hospital propio - Construcción y equipamiento de hospital - Escuela de Enfermeras • Asistencia médica en Hospital Mixto y Policlínico de Lima - Servicio médico domiciliario - Servicio médico rural - Servicio de consulta externa - Servicio de hospitalización - Atenciones médicas por maternidad 	<p>Dimensión de variable 2: <i>Obreros asegurados de Lima</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción de los obreros al seguro social en Lima - Tuberculosis en obreros - Sífilis en obreros <p>Dimensión de variable 3: <i>Salud pública de obreros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Mixto y Policlínico de Lima - Evaluación de hospital propio - Construcción y equipamiento de hospital - Escuela de Enfermeras • Asistencia médica en Hospital Mixto y Policlínico de Lima - Servicio médico domiciliario - Servicio médico rural - Servicio de consulta externa - Servicio de hospitalización - Atenciones médicas por maternidad