

REFORMAS EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

PARA darse cuenta con alguna facilidad del complejo de normas —cuatro Decretos y dieciséis Ordenes ministeriales, 21 y 25 de febrero del año actual, respectivamente— publicadas en el *Boletín Oficial del Estado* del 7 de marzo, recurriremos en general a la sistemática empleada por la Ley fundacional del Seguro —14-XII-1942— y Reglamento sucesivo —11-XI-1943—.

La agrupación de disposiciones en los epígrafes elegidos servirá al menos de guía inmediata y el lector centrará su atención con menos esfuerzo en la materia que le interese.

Aspectos esenciales del Seguro de Enfermedad son afectados por las reformas. Lo pone de manifiesto la simple ojeada del esquema (1) que va a continuación comprensivo de las nuevas normas.

Puede decirse que comienza una segunda y vigorosa etapa. Para desarrollarla con eficacia, el Seguro, mejor vertebrado, no escatima medidas. Busca, estimula y disciplina la colaboración de las partes fundamentales —médicos y asegurados—, perfecciona mecanismos administrativos, reduce gastos de administración y extiende la asistencia sanitaria.

Efectividad del derecho a la salud. El tema pide constantes esfuerzos. Y está en el ánimo de todos el lugar preferente que merece en la política de Seguridad Social.

(1) Tras los enunciados se hará referencia concreta a cada disposición y también, en algunos casos, breve glosa.

ESQUEMA

- I. CAMPO DE APLICACIÓN.
 - Beneficiarios.
- II. PRESTACIONES SANITARIAS.
 - Asistencia médica en la enfermedad.
- III. ENTIDADES COLABORADORAS.
- IV. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO.
- V. INSPECCIÓN DEL SEGURO.
 - A) Sobre la gestión.
 - B) Sobre los servicios sanitarios.
- VI. JURISDICCIÓN Y SANCIONES.
 - A) Jurisdicción.
 - B) Sanciones.
- VII. ORGANOS CONSULTIVOS.

I. CAMPO DE APLICACIÓN

Beneficiarios

D. 21-II-1958. Modifica el artículo 20 del Reglamento del Seguro de Enfermedad, en relación con beneficios a los asegurados.

«Serán beneficiarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad:

- a) El asegurado.
- b) Su cónyuge.
- c) Sus descendientes e hijos adoptivos, menores de veintitrés años y los hermanos menores de dieciocho años, así como los mayores de estas edades incapacitados para todo trabajo. Excepcionalmente podrán gozar de la condición de beneficiarios los prohijados o acogidos por el asegurado, previo acuerdo del Consejo Provincial correspondiente del Instituto Nacional de Previsión.
- d) Sus ascendientes legítimos, naturales o adoptivos, padrastros o madrastras.

Las personas comprendidas en los apartados b), c) y d) únicamente se las considerará beneficiarios cuando vivan con el asegurado y a sus

REFORMAS EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

expensas, siempre que no realicen trabajo remunerado alguno y no tengan derecho, por título distinto, a recibir asistencia sanitaria del propio Seguro o de cualquier otro régimen obligatorio de Previsión.

No obstante, conservarán su condición de beneficiarios las esposas separadas judicialmente y declaradas inocentes, así como los hijos que con ellas convivan y reúnan las demás condiciones antes mencionadas.»

(Redacción anterior: «Serán beneficiarios del Seguro los asegurados y sus familiares que vivan con él y a sus expensas. Se consideran familiares del asegurado el cónyuge, ascendientes, descendientes e hijos adoptivos y los hermanos menores de dieciocho años o incapacitados de una manera permanente para el trabajo.»)

Salta a la vista la mayor precisión del nuevo concepto de beneficiarios orientado en sentido extensivo, de amplitud, sin duda para salir al paso de divergencias interpretativas anteriores.

De todas formas, el término «descendientes» del apartado c) queda como recortado en contraste con el de «ascendientes legítimos, naturales...» del apartado d), lo cual, probablemente, dé lugar a opiniones diversas.

Y a las naturales condiciones de convivencia —salvo la justa excepción amparadora de determinadas esposas— y de vivir a expensas del asegurado, se añade ahora expresamente la de no realizar «trabajo remunerado alguno», cuya aplicación impedirá que prosperen solicitudes impropias. Anteriormente, la Dirección General de Previsión —resolución de 11-VI-1947— había dicho: «Como es sabido, para gozar de la condición de beneficiario es necesario que el familiar de que se trate viva con el asegurado y a sus expensas. Ello no implica que algún beneficiario pueda tener algunos ingresos, sin que por esto pierda tal carácter, no pudiendo determinarse *a priori* la cuantía que han de alcanzar, puesto que ha de ser en cada caso particular, según las circunstancias que concurren, cuando hay que apreciar si los ingresos del familiar beneficiario pueden romper la relación de dependencia económica con el asegurado cabeza de familia...»

II. PRESTACIONES SANITARIAS

Asistencia médica en la enfermedad

O. 25-II-1958. *Establece la asistencia en Instituciones cerradas en las especialidades de Psiquiatría y Pediatría en el Seguro Obligatorio de Enfermedad.*

Los casos de hospitalización obligatoria están determinados en el artículo 44 del Reglamento del Seguro.

La nueva Orden especifica lo referente a enfermos mentales «que no puedan recibir el tratamiento debido en régimen de ambulatorio» y a enfermos infantiles, hasta los siete años de edad, autorizándose, si las circunstancias lo exigen, el internamiento del niño con su madre.

III. ENTIDADES COLABORADORAS

D. 21-II-1958. *Establece nuevos porcentajes para gastos de administración.*

«Las Entidades podrán ser de ámbito nacional, interprovincial, provincial y Cajas de Empresa.

Las Cajas de Empresa son las Entidades Colaboradoras que limitan la gestión del Seguro a su propio personal. Cuando radiquen en dos o más provincias tendrán la consideración de «Cajas de Empresa con Sucursales».

Las Entidades Colaboradoras son de ámbito nacional cuando tienen asegurados en más de treinta provincias, con un mínimo global de sesenta mil asegurados; son de ámbito interprovincial cuando actúan en dos o más provincias, con un mínimo de dos mil asegurados y de ámbito provincial, cuando tienen asegurados en una sola provincia con un mínimo de mil asegurados.

A estos efectos las Entidades Colaboradoras sólo podrán computar aquellas provincias en las que tengan como mínimo cien asegurados.»

A partir de 1.º de enero del año actual la detracción de primas cobradas durante el ejercicio ha de ajustarse a los porcentajes siguientes:

Entidades de ámbito nacional: 11 por 100.

Entidades de ámbito interprovincial: 10 por 100.

REFORMAS EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Entidades de ámbito provincial: 9 por 100.

Cajas de Empresa con Sucursales: 7 por 100.

Cajas de Empresa sin Sucursales: 6 por 100.

Reducción manifiesta, pues con anterioridad —art. 12, D. 20-VII-1954— los porcentajes eran de 13, 11 y 9 por 100 para las Entidades de ámbito nacional, interprovincial y Cajas de Empresa con sucursales, respectivamente. No varía el relativo a las Cajas de Empresa sin Sucursales —6 por 100—.

El reajuste obedece a una necesidad indiscutible por las alzas de salarios producidas que, como expresa el preámbulo del Decreto, a pesar de la reducción del tipo de prima aplicable han producido un aumento real de las cotizaciones que ha repercutido en la elevación de la partida autorizada para gastos de administración, sin que se haya producido un aumento proporcional del gasto efectuado. Además, la gestión ha de revestir un carácter especialmente severo, ya que los fondos del Seguro se integran en considerable parte con aportaciones de los trabajadores.

IV. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO

1) D. 21-II-1958. *Normas para cubrir vacantes de Médicos del Seguro.*

«Las vacantes, tanto de Medicina General como de Especialidades Médicas, se cubrirán en lo sucesivo del modo siguiente: un tercio, por Facultativos de la Escala de 1946; otro tercio, por Facultativos de la Escala Nacional Unica; el tercio restante, así como las plazas que quedaran desiertas en los anteriores, se convocarán a concurso de traslado, cuyas resultas se cubrirán en virtud de concurso-oposición libre entre Facultativos españoles con capacidad legal para ejercer la profesión.

La provisión de vacantes de Especialidades requerirá siempre una prueba de aptitud previa en los concursantes.

Para tomar parte en el concurso de traslado será necesario que el solicitante lleve más de dos años desempeñando la plaza de Médico del Seguro que tenga adjudicada» (art. 1.º).

Declarada a extinguir la Escala de 1946 —art. 3.º— los demás preceptos del Decreto tratan fundamentalmente de la norma común para provisión de plazas una vez desaparecida aquella composición del Tribunal encargado de juzgar el concurso-oposición y retribución de determinadas categorías del personal facultativo.

En definitiva, otro paso para la incorporación al Seguro del mayor número de profesionales prestigiosos.

- 2) O. 25-II-1958. *Normas para que el personal sanitario de la antigua Zona del Protectorado de Marruecos pueda solicitar su inclusión en las Escalas correspondientes del Seguro.*

Disposición evidentemente justa que procura mitigar los perjuicios sufridos por el aludido personal sanitario —médicos, practicantes y enfermeras—, obligado a fijar su residencia en territorio nacional en virtud de la independencia de Marruecos. Siempre que se encontrara en el ejercicio de su profesión en localidades de la antigua Zona del Protectorado en la fecha del 7-VI-1956, podrá solicitar su inclusión en las Escalas correspondientes del Seguro de Enfermedad conforme a las normas que se establecen, computándosele especialmente méritos por los servicios prestados en Marruecos.

- 3) O. 25-II-1958. *Declara abierta la Escala Nacional Unica de los Facultativos del Seguro Obligatorio de Enfermedad, creada por D. de 20-I-1950 y aprobada por O. de 11-XI-1957.*

La apertura alcanza a todos los facultativos que deseen ingresar en la referida Escala o rectificar su residencia, su acceso a Medicina General o a otra especialidad o computar nuevos méritos. Y se establece un nuevo baremo de méritos profesionales puntuables, más de acuerdo con el criterio selectivo apuntado por el D. de 21-II-1958.

- 4) O. 25-II-1958. *Normas para el nombramiento de Médicos-Ayudantes de los Jefes de Equipos Quirúrgicos.*

El nombramiento se realizará por el Instituto Nacional de Previsión, a propuesta del correspondiente Jefe de Equipo, y tendrá una

REFORMAS EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

duración de dos años, prorrogable por otro período igual, habiendo también de atender los médicos ayudantes de las Residencias sanitarias los servicios de urgencia.

Los médicos residentes desempeñarán sus plazas por un período de tres años, prorrogables por otros tres.

5) O. 25-II-1958. *Modifica la especialidad de Pediatría-Puericultura.*

«La especialidad de Pediatría-Puericultura constará en lo sucesivo de dos modalidades: Pediatría-Puericultura de familia y Pediatría de consulta.»

La asistencia médica tanto en ambulatorios como en el domicilio de los niños, cuya edad no exceda de los siete años, será requerida directamente o a petición de otros especialistas.

Se delimitan las funciones de los Pediatra-puericultores de familia y de consulta y el derecho de los asegurados.

Queda satisfecho el anhelo de una asistencia inmediata y en las condiciones mejores para el enfermo.

6) O. 25-II-1958. *Determinación de residencia que se reconoce a los facultativos del Seguro.*

Afirma, principalmente, que «todos los facultativos de los Municipios que hayan sido incorporados o anexionados a otros o que en lo sucesivo se incorporen o anexionen, serán considerados, a efectos de la Escala de 1946, como residentes en la cabecera del Municipio anexionante» (art. 1.º).

«Del mismo modo los facultativos que figuran en la Escala Nacional Única con residencia en localidad que haya sido incorporada o anexionada a otro Municipio, o lo fuere posteriormente, se entenderán con residencia reconocida en el mencionado Municipio» (art. 2.º).

Determina la fijación de residencia en los casos de alteración de términos municipales.

- 7) O. 25-II-1958. *Declara abierta de nuevo la Escala Nacional Unica de Practicantes del Seguro, creada por D. de 20-I-1950.*

Alcanza esta norma a todos los practicantes o ayudantes técnicos-sanitarios que deseen ingresar en la referida Escala o rectificar sus méritos o residencias.

Entre los preceptos sucesivos sobresale el que declara nulas y sin validez las Escalas provisionales de 1944, a partir de la fecha de aprobación de las listas definitivas de la Escala Nacional Unica de Practicantes del Seguro cuya reapertura se convoca.

Al final, el baremo de los méritos profesionales computables.

- 8) O. 25-II-1958. *Aprueba la Escala Nacional Unica de Enfermeras del Seguro.*

Decidida la aprobación, una vez finalizada la resolución de los recursos entablados contra la calificación que el Tribunal de acceso a la referida Escala adjudicó a las aspirantes en las listas provisionales publicadas por resolución de la D. G. de Previsión de 28-III-1957.

- 9) O. 25-II-1958. *Simplifica y unifica el procedimiento establecido por la de 23-I-1954 que creó el Servicio de Determinación de Honorarios para el cobro de haberes por el personal sanitario del Seguro.*

La experiencia de varios años de actuación del mencionado Servicio es aprovechada para, entre otras cosas, disponer que el pago de los honorarios y demás beneficios económicos al personal facultativo y auxiliar sanitario se hará efectivo a través del Instituto Nacional de Previsión, que actuará como pagadora única en cada provincia, atendiendo así a las reiteradas peticiones de aquel personal.

Asimismo, que las Entidades Colaboradoras ingresarán previamente las cantidades necesarias para el pago de los honorarios correspondientes.

- 10) O. 25-II-1958. *Revisión de los coeficientes para la determinación de honorarios de la clase médica y su personal auxiliar.*

Precisa esta Orden el número máximo de asegurados que pueden asistir el personal facultativo y auxiliar sanitario del Seguro y la:

REFORMAS EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

revisión de los coeficientes indicados se lleva a cabo, expresa el preámbulo de esta disposición «en la extensión máxima compatible con la economía de dicho Seguro», teniendo también derecho el personal a la percepción de dos gratificaciones al año, con motivo del 18 de julio y de Navidad.

V. INSPECCIÓN DEL SEGURO

A) *Sobre la gestión*

O. 25-II-1958. *La Sección de la Inspección Técnica del Seguro de Enfermedad que formaba parte de la suprimida Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad constituirá en lo sucesivo la Sección cuarta del Cuerpo Nacional de la Inspección Técnica de Previsión Social.*

La aludida Sección se reintegra orgánicamente al Cuerpo Nacional correspondiente y al mismo tiempo se realiza una puntualización de las funciones que le competen cerca del Instituto Nacional de Previsión y entidades u organismos que colaboren en la gestión del Seguro de Enfermedad.

B) *Sobre los servicios sanitarios*

O. 25-II-1958. *Reorganización de la Inspección de Servicios sanitarios.*

Son establecidas las bases con arreglo a las cuales el Instituto Nacional de Previsión procederá a reorganizar la mencionada Inspección, a la que se considera pieza importante en una buena gestión de los seguros sociales.

VI. JURISDICCIÓN Y SANCIONES

A) *Jurisdicción*

- a) D. 21-II-1958. *Determina el procedimiento para la aplicación de sanciones al personal sanitario del Seguro.*

«El Tribunal Médico, creado por O. conjunta de los Ministerios de Gobernación y de Trabajo de 31-I-1949, estará encargado de resolver las cuestiones relativas al incumplimiento por parte del personal sanitario que actúa en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, por su condición de titulares de Asistencia Pública Domiciliaria (alude a Médicos y Practicantes), de las obligaciones que le corresponden en cuanto a la asistencia de los asegurados y beneficiarios del Seguro, así como de las derivadas de las órdenes e instrucciones que a tal efecto se le cursen por los Organismos competentes» (art. 1.º).

«La actuación del Tribunal se regulará por lo dispuesto en los artículos 147 al 150 del texto refundido de 19 de febrero de 1946» (prim. párrafo art. 4.º).

«Las cuestiones referentes al incumplimiento de sus obligaciones por parte del resto del personal sanitario del Seguro Obligatorio de Enfermedad serán resueltas por la Dirección General de Previsión, después de las actuaciones reguladas por los artículos 147 al 149, modificado este último en su párrafo tercero, en el sentido de que la Sección del Seguro Obligatorio de Enfermedad de la Dirección General de Previsión, concluso el expediente, lo elevará a la Dirección General de Previsión, que resolverá previa audiencia de la de Sanidad» (prim. párr. artículo 5.º).

Quedan establecidos los procedimientos, según que el personal sanitario pertenezca o no a la Asistencia Pública Domiciliaria, con el fin de tener en cuenta la doble dependencia funcional —Dirección General de Sanidad y Dirección General de Previsión—, de los que se encuentran en el primer caso, si bien unos y otros podrán interponer recurso de alzada ante el Ministro de Trabajo, contra los respectivos fallos del Tribunal y resoluciones de la Dirección General de Previsión.

- b) O. 25-11-1958. *Constitución de Comisiones del Seguro en los Consejos Provinciales del Instituto Nacional de Previsión.*

Se trata de una ampliación de las funciones encomendadas a los Consejos Provinciales del I. N. de Previsión, en la confianza de que las representaciones de empresarios y asegurados han de ofrecer su eficaz colaboración para el perfeccionamiento del Seguro.

Les corresponderá conocer cuantas denuncias o reclamaciones le sean elevadas por la Organización Sindical, personal sanitario, beneficiarios y empresarios, sobre deficiencias observadas en el funcionamiento de los Servicios o sugerencias encaminadas a su mejor prestación y adoptar las resoluciones que procedan como consecuencia del examen de esos asuntos.

B) Sanciones

- a) O. 25-11-1958. *Da nueva redacción a los arts. 55 a 62 del Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro.*

«Se consideran faltas cometidas por el personal sanitario del Seguro Obligatorio de Enfermedad:

- 1.º La ausencia injustificada.
- 2.º La irrespetuosidad en acto de servicio.
- 3.º La revelación indebida de datos que se conozcan por razón del cargo.
- 4.º El defectuoso cumplimiento de las funciones.
- 5.º La conducta irregular» (art. 55).

Los artículos siguientes —55 a 60— precisan la entidad de las faltas —leve, grave o muy grave— y establecen una minuciosa cualificación.

El art. 61 realiza la graduación de sanciones: 1.ª Apercibimiento (antes «amonestación», concepto de menor relieve jurídico). 2.ª Pérdida de haberes de tres a quince días. 3.ª Suspensión de empleo y sueldo de quince días a un año. 4.ª Suspensión de empleo y sueldo de uno a cinco años, con pérdida de los servicios computables en el Seguro. 5.ª Separación definitiva del servicio. La primera sanción

se aplicará a las faltas leves; la segunda, tercera y cuarta, a las graves, y la quinta a las muy graves.

El art. 62 determina el período de prescripción y cómo los funcionarios no reincidentes ni reiterantes podrán obtener la cancelación de la respectiva nota desfavorable, cumplidas ciertas condiciones.

b) O. 25-II-1958. *Establece el procedimiento correctivo para asegurados y demás beneficiarios del Seguro.*

«La inobservancia por asegurados y demás beneficiarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de los deberes que les corresponden y del respeto debido al personal al servicio del Seguro, así como la infracción de las normas reguladoras de las prestaciones médico-farmacéuticas serán sancionadas conforme a lo que se establece en la presente Orden» (artículo 1.º).

A continuación son graduadas las faltas en leves, graves y muy graves (las dos últimas sólo podrán imponerse en previa formación de expediente al interesado), que serán sancionadas con amonestación, suspensión de prestaciones farmacéuticas desde ocho días a un mes y de uno a seis meses, respectivamente. Al asegurado, autor de falta grave o muy grave, podrá imponérsele, además, como sanción, la pérdida de la indemnización económica por los mismos períodos señalados para la suspensión de prestaciones farmacéuticas.

No se impone como sanción la suspensión de la asistencia médica. Otra cosa sería absurda, por atentar contra la entraña del Seguro.

Freno, pues, a la torpe conducta de algunos asegurados y beneficiarios y medida ejemplar para todos.

VII. ORGANOS CONSULTIVOS

O. 25-II-1958. *Modifica la composición y funciones del Consejo Nacional del Seguro.*

En la nueva composición del Consejo (Presidente, el Ministro de Trabajo; Presidente Delegado, el Subsecretario del Departamento; seis Vicepresidentes y 39 Vocales) debe subrayarse el carácter de doce

de estos últimos —seis trabajadores y seis empresarios—, introduciéndoles así en la política y gestión del Seguro.

Por sus funciones como órgano consultivo habrá de asesorar al Ministerio de Trabajo sobre todos los asuntos relacionados con el Seguro que sean sometidos a su consideración, servirá de enlace a través de los Vocales respectivos entre el Ministerio y los Organismos representados en el Consejo y elevará mociones al Departamento proponiendo la modificación de las disposiciones o servicios que afecten al Seguro.

Se derogan las OO. MM. de 2-IV —creación del Consejo Nacional— 17-XI y 2-XII-1954 —designación de diversos Vocales—.

A D D E N D A

El Decreto de 7 de marzo del año actual sobre prestaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad —publicado en el *Boletín Oficial del Estado* de 1.º de abril—, es la quinta disposición de igual rango que persevera en la nueva trayectoria.

Se da cuenta del mismo a continuación siguiendo el orden de su articulado y respetando en lo posible el criterio expositivo mantenido en las páginas anteriores.

A) PRESTACIONES SANITARIAS

a) *Asistencia médica en la enfermedad* (artículo primero)

El anterior plazo anual con una duración máxima de veintiséis semanas, que podría ser ampliado por el Ministerio de Trabajo cuando las circunstancias del enfermo lo aconsejare (arts. 11 —Ley 14-XII-1942, 38 y 39 —Reglamento 11-XI-1943—), se eleva a treinta y nueve semanas para enlazar con la prestación por larga enfermedad establecida por las Mutualidades Laborales.

b) *Prestaciones farmacéuticas* (artículo segundo)

«La asistencia farmacéutica se prestará por idénticos plazos y igualdad de condiciones que las señaladas en el artículo anterior respecto a la asistencia médica, sin que puedan servirse especialidades farmacéuticas distintas de las incluidas en un Petitorio que se revisará anualmente en la forma que reglamentariamente se establezca.

El Ministerio de Trabajo, previo el informe del Instituto Nacional de Previsión, podrá extender el Petitorio a que se refieren los artículos doce de la Ley de catorce de diciembre de mil novecientos cuarenta y dos y sesenta y sus concordantes del Reglamento de once de noviembre de mil novecientos cuarenta y tres a toda clase de especialidades farmacéuticas (exclusión hecha de productos dietéticos, aguas minerales, vinos, elixires, dentífricos y cosméticos), e imponer al propio tiempo al interesado la participación en el pago de los productos farmacéuticos que sean objeto «de dispensa por el Seguro», en la forma y cuantías que se determinen reglamentariamente.»

B) CAMPO DE APLICACIÓN

Afiliación (artículo tercero)

«La afiliación producirá sus efectos a partir del décimoquinto día de haberse solicitado del Organismo competente del Seguro, sin perjuicio de las acciones que el asegurado pueda ejercitar contra el patrono o Empresa causante del retraso o del incumplimiento de dicho trámite.»

C) PRESTACIONES ECONÓMICAS

Indemnización por enfermedad (artículo cuarto)

«Los asegurados con otros beneficiarios a su cargo recibirán además de la prestación económica establecida por el artículo dieciocho de la Ley de catorce de diciembre de mil novecientos cuarenta y dos, una bonificación del diez por ciento del salario base de la mencionada indemnización.»

La indemnización establecida por la Ley precitada consiste en el 50 por 100 de la retribución con arreglo a la cual cotizase última-

mente el beneficiario, señalado también por el art. 77 del Reglamento de 11-XI-1943. Debe advertirse que este artículo fué derogado por el 19 del D. de 7-VI-1949 y el 13 determinaba que la indemnización económica por enfermedad sería del 50 por 100 de la retribución diaria del asegurado. Ahora, por tanto, hemos de entender que el asegurado enfermo con otros beneficiarios a su cargo percibirá el 60 por 100 de la retribución cotizada.

Agudo problema el de las prestaciones. «Nosotros —son manifestaciones del actual titular del Departamento— estamos dispuestos a que se hagan hasta el límite máximo, pero sin que ello dé lugar a efectos psicológicos que influyan en las altas o bajas de los rendimientos laborales.»

LUIS LANGA GARCÍA

