Revista

de

Ciencias Económicas

PUBLICACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CENTRO DE ESTUDIANTES Y COLEGIO
DE GRADUADOS

La dirección no se responsabiliza de las afirmaciones, los juicios y las opiniones que aparezcan en esta Revista, en trabajos suscritos por sus redactores o colaboradores.

DIRECTORES

Dr. Luis A. Podestá Costa

Por la Facultad

Emilio Bernat

Por el Centro de Estudiantes

José S. Mari

Por el Centro de Estudiantes

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Carlos E. Daverio

REDACTORES

Silvio Pascale

Ovidio V. Schiopetto

Por la Facultad

Angel Boigen

Por el Centro de Estudiantes

Armando Massacane

Por el Centro de Estudiantes

Año XX

Bnero, 1932

Serie II, N° 126

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
CALLE CHARCAS 1835
BUENOS AIRES

Información Social

El Seguro corporativo y comercial en su origen, ha penetrado lentamente en los campos. El labrador ha empezado por asegurar sus bienes contra los elementos de la Naturaleza. Las condiciones duras y penosas de la vida campesina le han hecho sentir el deseo de asegurarse asimismo contra los riesgos que amenazan a su salud y a su capacidad de trabajo. Hoy la necesidad de un constante esfuerzo para conservar su salud y prevenir la pérdida de capacidad productora se impone en las poblaciones rurales, lo mismo que en los centros urbanos.

Una de las medidas más importantes para elevar el nivel sanitario e higiénico en los campos es, sin duda, la extensión de los Seguros sociales a las profesiones agrícolas. Esta memoria pondrá de manifiesto la naturaleza y extensión de la acción beneficiosa del Seguro de enfermedad sobre la sanidad rural.

La memoria se divide en tres partes.

La primera expone el objeto y tendencias del Seguro de enfermedad de las poblaciones rurales. El seguro tiende a conservar la salud, a prevenir las afecciones evitables, a curar y restablecer a los enfermos. Su radio de acción depende de la repartición comarcal de los asegurados, y la intensidad de aquélla de la índole de las prestaciones.

En la segunda parte se describe la organización de la asistencia médica en las regiones rurales por medio del Seguro de enfermedad. Para cumplir sus fines el Seguro reúne un conjunto de servicios y medios materiales que le permiten realizar una asistencia médica eficaz.

La tercera parte se refiere a la colaboración entre los servicios de higiene y del Seguro de enfermedad en las regiones rurales. El seguro de enfermedad, convencido de la utilidad de una coordinación, preconiza la colaboración y la práctica de hecho con los servicios de higiene, con vistas a una mayor eficacia de la protección sanitaria de las poblaciones rurales.

(1) De *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, Año XXIII, Nº 92, Madrid.

I. — OBJETO Y TENDENCIA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD
DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS.

Necesidad y objeto del Seguro de enfermedad

La conservación de la salud y de la capacidad productora de los trabajadores es de una importancia capital, tanto para ellos como para las colectividades nacionales deseosas de desarrollar su productividad. Sólo puede lograrse este fin por un esfuerzo constante y sistemático de previsión para prevenir y restablecer toda pérdida de salud y de capacidad para el trabajo.

El seguro social realiza este esfuerzo sistemático, observando los métodos comunes a toda obra de carácter social; da a los individuos socialmente débiles derecho a la asistencia colectiva, derecho basado en las contribuciones con que se nutren los recursos de la colectividad; pero al mismo tiempo, el Seguro limita las prestaciones de acuerdo con los principios de economía racional.

El fundamento del Seguro de enfermedad es la ayuda mutua que se prestan los individuos que tienen mayor necesidad de ser protegidos contra las consecuencias posibles de las enfermedades. El Seguro de enfermedad es administrado por los mismos interesados, y los Poderes públicos se limitan al control de la gestión.

Al principio, el Seguro se limitaba a las consecuencias de las enfermedades, e indemnizaba en más o menos proporción a los asegurados que hubieran sufrido una pérdida de salario u otro perjuicio. Posteriormente, su función ha progresado. La prestación en especie es sólo una parte de la total; el resto lo constituye la asistencia facultativa. El Seguro da preferencia a los cuidados médicos. Su misión es más de reparación que de indemnización. Y en la última fase de su evolución, el Seguro se pone al servicio de la profilaxis individual y general para conservar la salud y resguardarla. De este modo, el Seguro ha llegado a ser un sistema orgánico de defensa y de desarrollo de la salud.

Desarrollo del Seguro de enfermedad de los trabajadores rurales

Al principio, el Seguro de enfermedad estaba destinado a las poblaciones urbanas; ahora se aplica de modo amplio a los trabajadores agrícolas. Las dificultades de organización imputables a la diseminación de las poblaciones rurales se habían opuesto, durante largo tiempo, a la extensión del Seguro de enfermedad a la agricultura. Pero la experiencia ha demostrado que estas dificultades eran subsanables. A medida que las relaciones entre el obrero agrícola y su patrono perdían su carácter patriarcal, y a medida también del desarrollo de la organización sindical de los obreros agrícolas, el Seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas llegó a ser una necesidad ineludible. El Seguro es hoy día más necesario que nunca, si se quiere contener el éxodo rural.

En los países que han establecido un régimen general de Seguro de enfermedad obligatorio, los obreros agrícolas han sido incluidos en el

régimen, bien en masa desde el principio, bien por etapas sucesivas. Hay actualmente en Europa de 5 a 6 millones de asalariados agrícolas asegurados de modo obligatorio contra la enfermedad, además del gran número de otros trabajadores de las profesiones agrícolas que son beneficiarios del Seguro de enfermedad libre y subsidiado por los Poderes públicos.

He aquí un esbozo del estado actual del Seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas en Europa:

Seguro obligatorio.— Los asalariados agrícolas están obligatoriamente asegurados en los siguientes países:

Alemania, Austria, Bulgaria, Francia, Gran Bretaña, Irlanda, Noruega, Países Bajos y Checoslovaquia.

Los países en que el Seguro obligatorio sólo abarca a ciertas categorías de obreros agrícolas o a ciertas comarcas son:

Polonia, Rumania y la U. R. S. S.

En Gran Bretaña y Estado Libre de Irlanda, los asalariados de las profesiones agrícolas están, desde 1911, inscritos en el régimen general del Seguro de enfermedad-invalidez en las mismas condiciones que los obreros de la industria y del comercio.

En Alemania, alrededor de 3 millones de asalariados agrícolas están inscritos en el régimen del Seguro de enfermedad incluido en el Código de Seguros sociales de 1911.

En Noruega, los asalariados agrícolas son beneficiarios de la Ley general de 1918, relativa al Seguro de enfermedad de los obreros.

Checoslovaquia ha ampliado en 1919 al conjunto de asalariados de las profesiones agrícolas el régimen general de Seguro de enfermedad, y desde 1929 les ha hecho beneficiarios del Seguro de invalidez con igualdad de condiciones que los obreros de la industria.

Bulgaria aplica desde 1924 su Ley general del Seguro social a los obreros agrícolas, a excepción de los empleados en ciertos trabajos de temporada.

En Austria el Seguro de enfermedad de los asalariados agrícolas ha sido unificado por la Ley de 1928, que ha establecido un régimen integral adaptado a las necesidades de las poblaciones rurales.

En Francia, la nueva Ley general de 30 de abril de 1930 sobre los Seguros sociales beneficia extraordinariamente a los obreros agrícolas y forestales. Los asalariados de estas profesiones quedan asegurados obligatoriamente, así como los colonos que sean propiamente trabajadores agrícolas. En el Seguro facultativo están comprendidos los arrendatarios, aparceros y cultivadores que, sin ser asalariados, viven principalmente de su trabajo y obtienen una renta reducida.

Seguro facultativo.— El objeto de la Ley francesa de englobar en el Seguro social al conjunto de los trabajadores, asalariados o no, de las profesiones agrícolas ha podido lograrse sin inconvenientes sólo en Dinamarca. El seguro facultativo, con una fuerte indemnización de los Poderes públicos, ha sido la solución. Las Cajas danesas de Seguro de enfermedad reúnen cerca de los tres quintos del conjunto de la población, agrupando, sin distinción de profesiones, la casi totalidad de los adultos, cuya posición social requiere la mutua ayuda.

Sin llegar a este resultado, el Seguro de enfermedad facultativo ha

podido llegar a los campos en otros países, como Bélgica, España y Suiza, gracias, en este último país, a la obligación del Seguro establecida por los Cantones o los Ayuntamientos.

*
* * *

En otros países que ya han asimilado la idea del Seguro de enfermedad existen proyectos de origen gubernamental para ampliar el Seguro de enfermedad a los trabajadores del campo. Tal ocurre en Bélgica, Rumania y Polonia. El desarrollo del Seguro de enfermedad está más avanzado en Italia, donde recientemente, bajo los auspicios del Ministerio de Corporaciones y por acuerdo de las dos Confederaciones nacionales de patronos y obreros agrícolas, se ha creado la Federación Nacional de Cajas de Seguro de enfermedad de los trabajadores de la agricultura.

El movimiento de extensión del Seguro de enfermedad de los obreros agrícolas ha sido, sin duda, entorpecido por la crisis que hace tiempo pesa sobre la agricultura europea. Pero, sin embargo, probada la eficacia del Seguro de enfermedad, lo mismo en el campo que en la ciudad, hay que esperar que sus beneficios alcanzarán, al fin, a los trabajadores agrícolas de todos los países.

Funcionamiento del Seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas

Si el desarrollo del Seguro de enfermedad de los obreros agrícolas es aún bastante desigual según los países, parece que las tendencias de su orientación convergen hacia un tipo común.

El número de los asegurados obligatorios aumenta sin cesar. Todos los obreros agrícolas, vivan o no en casa del patrono, están sujetos a la obligación, sea cual sea la forma de su remuneración. Esta obligación alcanza generalmente hasta a los miembros de la familia del patrono que trabajan por alguna forma de salario. En cuanto a la limitación de la obligación por razón de la cuantía del salario, es generalmente de rara aplicación, y se extiende a ciertas categorías de trabajadores independientes cuya situación económica y social no difiere de la de los jornaleros agrícolas.

Pueden ser beneficiados del Seguro facultativo los pequeños labradores, los colonos y especialmente los cultivadores que trabajen solos o con ayuda de sus familiares, o que empleen regularmente dos obreros como máximo.

El seguro de enfermedad es esencialmente familiar: protege a la familia obrera y no al trabajador solo. Las leyes de la post-guerra facilitan a la familia del asegurado la asistencia médica y farmacéutica gratuita, o, al menos, obligan a las instituciones de Seguro a contribuir a los gastos de esta asistencia. Por vez primera toda la población asegurada está sometida a una vigilancia médica regular y sistemática.

El sistema de prestaciones del Seguro de enfermedad es el índice de

su valor intrínseco, y pone de manifiesto la misión del Seguro de enfermedad en el conjunto de la política de higiene rural.

Las prestaciones del Seguro de enfermedad se adaptan al triple fin de la acción sanitaria que persigue: conservar y afirmar la salud, prevenir las enfermedades y curar las afecciones desde su iniciación.

Las prestaciones curativas tienen por objeto comprobar los síntomas de la enfermedad, graduar su alcance, disminuir los sufrimientos y proporcionar la asistencia necesaria para obtener por medio de una apropiada terapéutica la curación rápida y completa.

Las prestaciones, que tienen por objeto la conservación de la salud, comprenden todas las medidas susceptibles de aumentar la resistencia física de la población asegurada contra los factores mórbidos, así como todas las indicaciones e instrucciones higiénicas para la ilustración del individuo respecto a lo que debe hacer en el cuidado de su persona y de su vivienda.

Las prestaciones preventivas se basan en una investigación, organizada metódicamente, de las personas que necesitan la asistencia sanitaria, y en la comprobación de su estado físico y situación económica y familiar. Los individuos amenazados son protegidos por medidas de asistencia sanitaria y económica.

Estas tendencias se manifiestan con fuerza y claridad en todos los países que practican el Seguro de enfermedad hace tiempo. Se han patentizado en la Conferencia Internacional del Trabajo encargada, en su reunión de 1917, del examen general del Seguro de enfermedad. Estas tendencias son tan racionales y convergentes que la Conferencia se ha decidido a establecer, lo mismo para los asalariados agrícolas como para los de las otras profesiones, una reglamentación internacional del Seguro de enfermedad.

La reglamentación internacional del Seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas

El texto del Convenio resultante de las deliberaciones de la Conferencia Internacional del Trabajo (que está ya en vigor en seis Estados europeos, que cuentan varios millones de asalariados agrícolas) compromete a los Estados a instituir el Seguro de enfermedad obligatorio para los obreros de cualquier explotación agrícola.

El Convenio garantiza a los asegurados, a cambio de una retención en su salario, una indemnización de subsistencia en caso de pérdida de salario a consecuencia de enfermedad y el derecho a la asistencia médica durante las veintiséis primeras semanas como mínimo. Esta asistencia comprende el tratamiento médico y farmacéutico. El Convenio deja al cuidado de la legislación de cada Estado el autorizar o proscribir la extensión de la asistencia médica a la familia de los asegurados.

La Conferencia Internacional del Trabajo ha determinado el número de condiciones que debe reunir, desde el punto de vista médico, todo sistema de Seguro de enfermedad. Además, en una recomendación dirigida a las autoridades legislativas ha expuesto varios principios generales que la práctica ha revelado como los más propicios a la eficacia de la asistencia médica. Estos principios se refieren al desarrollo de las diversas

formas del tratamiento médico, a la asistencia farmacéutica, al tratamiento dental, a la hospitalización, etc.; recomiendan la práctica de las reglas higiénicas entre los trabajadores y los cuidados preventivos al mayor número posible de ellos desde la presentación de los signos precursores de la enfermedad.

Estas directivas, obtenidas por la selección de reglas generales comprobadas, traducen el programa sanitario de las instituciones de Seguro de enfermedad, e inspiran su práctica cotidiana ejercida en estrecho contacto con los asegurados y sus familias.

II. — LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA EN LAS REGIONES RURALES POR MEDIO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD.

Elementos de asistencia médica eficaz en las regiones rurales

Todo sistema de asistencia médica organizada debe, para ser suficiente y eficaz, hacer asequibles a la población todos los medios de acción necesarios para preservar la salud, conocer y tratar las enfermedades desde su origen. El seguro organiza así la asistencia médica, porque viene obligado a ello por la Ley, en interés de los asegurados y del conjunto de la población rural.

Las instituciones de Seguro de enfermedad permiten a los asegurados procurarse la asistencia médica y la ayuda sanitaria que necesiten, escoger el médico de su confianza, recurrir a los servicios de médicos especialistas, pedir su hospitalización en un establecimiento de curación o tratamiento o en una casa de convalecencia. Estas mismas facilidades se conceden a las familias del asegurado, según las Leyes de Seguro de origen reciente.

El médico encargado del tratamiento y de la vigilancia de los asegurados está obligado a tomar todas las medidas necesarias y suficientes para disminuir los sufrimientos, prevenir la agravación del mal y restablecer la salud del enfermo. Los esfuerzos del Seguro de enfermedad para completar y perfeccionar la asistencia médica se traducen en un gran aumento, después de la guerra, de los gastos para las prestaciones de esta índole. Los principios de economía racional, que son base de la gestión de las instituciones de Seguro social, imponen al médico la obligación de atenerse a las reglas de la economía en sus recetas y prescripciones; debe adoptarse el método de curación y restablecimiento del enfermo más rápido, y que con un máximo de probabilidades suponga un mínimo de gastos. Para facilitar la tarea del médico, las instituciones de Seguro se esfuerzan en proveerle de todas las facilidades modernas de diagnóstico y de tratamiento y de todos los medios susceptibles de instruir a los asegurados en las reglas higiénicas que deben observar para conservar la salud y prevenir las enfermedades.

Prestaciones médicas del Seguro de enfermedad

1. Predominio de las prestaciones de asistencia.

Las prestaciones de asistencia figuran en primer término en las instituciones de Seguro, absorbiendo la mayor parte de sus recursos.

Así, en Checoslovaquia, las instituciones rurales de Seguro de enfer-

medad gastan, por término medio, por caso de enfermedad (no de parto), 110,56 para indemnizaciones de enfermedad, 70,30 para honorarios del médico, 34,30 para asistencia farmacéutica, 64,19 para gastos de hospitalización; total, 279,35 coronas (1927). Cuanto más aumentan las prestaciones de asistencia, tanto más importante es la misión del médico en el Seguro de enfermedad y mayor el interés de las Cajas en disponer de un número suficiente de facultativos repartidos de modo conveniente en el conjunto del territorio nacional y en todas las circunscripciones rurales.

2. Facilidades concedidas por el Seguro de enfermedad para lograr una mejor distribución de los médicos.

En las circunscripciones que carezcan de médico, las Cajas del Seguro de enfermedad se esfuerzan en facilitar el establecimiento de alguno de ellos; además de la facilidad primordial que es de por sí el hecho de que sus gastos de tratamiento corran a cargo del Seguro, las Cajas prestan su concurso para asegurar el alojamiento del médico para permitirle montar uno o dos gabinetes de consulta, o concediéndole indemnizaciones suficientes por gastos de viaje y suplementos de indemnización en las regiones en las que el servicio es especialmente penoso.

En las regiones de poca densidad de población, los facultativos que se encargan del tratamiento de los asegurados reciben de las instituciones de Seguro determinadas ventajas, tales como honorarios suplementarios y facilidades para una formación complementaria, asistiendo a cursos de perfeccionamiento. (Por ejemplo, médicos del Seguro en las "tierras altas", de Escocia.)

Por estos diversos medios, el Seguro de enfermedad ha hecho fácil el acceso al médico a los medios rurales y ha contribuido eficazmente a una distribución mejor de este personal

En algunos países, las Cajas procuran, de acuerdo con el Cuerpo médico, establecer un plan racional para la repartición de los médicos en el conjunto del territorio nacional; este plan ofrecerá, indudablemente, facilidades de instalación en los campos a los médicos jóvenes que no puedan establecerse en las ciudades

3. Médicos especialistas y odontólogos.

La asistencia médica a cargo del Seguro de enfermedad comprende igualmente, en la mayor parte de los países, los servicios de médicos especialistas y el tratamiento dental. Para elegir el especialista y odontólogo, suelen gozar los asegurados de plena libertad. En caso necesario, las instituciones de Seguro subvienen a los gastos de transporte que implique el tratamiento especializado.

4. Facilidades de diagnóstico.

Un buen diagnóstico es la primera condición de una asistencia médica suficiente y eficaz y de una vigilante profilaxis. En el estado actual de la ciencia y de la técnica médica, un examen detenido de los enfermos exige el empleo de métodos especiales y de aparatos (Rayos X), exámenes bacteriológicos, químicos, microscópicos, serológicos e histológicos. Cuando el médico ejerciente no disponga de la experiencia o de la instalación material que aquellos exámenes exigen, las instituciones de Seguro proveen a ello. Los centros de diagnósticos y tratamiento especializados,

dispensarios antituberculosos y antivenéreos, consultas infantiles y otros organismos similares prestan servicios notables al médico, desde el punto de vista del diagnóstico y de la adopción de un plan racional de tratamiento. Estos centros e instituciones especializados dan consejos preciosos al médico y se encargan, cuando las circunstancias lo exigen, de las medidas terapéuticas indicadas.

5. Facilidades de tratamiento.

El médico ejerciente necesita, más aún en las regiones rurales que en las ciudades, de ser asistido con la aplicación de medios terapéuticos especiales.

Para el empleo de los rayos ultravioletas, las instituciones de Seguro contratan el servicio con establecimientos especialmente agrupados; algunas poseen establecimientos propios. Lo mismo ocurre con el tratamiento hidroterápico y médico-mecánico.

Dadas las condiciones de la vida en los campos, es necesaria la organización de un servicio de enfermeras diplomadas y de enfermeras visitadoras.

En algunos países, como Alemania, existen Reglamentos concretos para regular la misión de las enfermeras en las regiones rurales. (Directivas del Comité federal de médicos y Cajas de Seguro de enfermedad de 10 de abril de 1924.)

6. Hospitalización.

No sólo la población urbana, sino también la población rural, tienen cada vez más que recurrir al tratamiento en hospitales y otras instituciones sanitarias.

La hospitalización tiene por objeto, no sólo la aplicación de medidas terapéuticas, sino el diagnóstico y observación de los enfermos.

La misión de creación y gestión de estos establecimientos compete al Estado, a las Provincias y a los Ayuntamientos; sólo en circunstancias especiales, las instituciones de Seguro de enfermedad asumen esta función.

Sin embargo, el Seguro de enfermedad contribuye poderosamente a mejorar y modernizar el equipo de los hospitales, y los gastos para asistencia hospitalaria absorben una importante fracción de los recursos del Seguro de enfermedad.

*
* *

En Checoslovaquia, las instituciones rurales de Seguro de enfermedad han gastado, en 1928, por asegurado: 40,38 coronas para tratamiento médico, 19,14 para asistencia farmacéutica, 28,80 para gastos de estancia en hospitales.

En Austria, 16,05 chelines por asistencia médica y tratamiento dental, 4,92 por asistencia farmacéutica, 8,28 por asistencia hospitalaria, 2,84 por asistencia de obstetricia y 2,59 para profilaxis general.

En Alemania, de un total de 100 marcos de gasto, se destina: 28,9 a la asistencia médica, 13,4 a asistencia farmacéutica, 37 a las indemnizaciones de enfermedad, 16,2 a la asistencia hospitalaria y 4,5 a la asistencia de obstetricia (1926).

*
* *

Corren a cargo de las instituciones de Seguro los gastos de transporte de los enfermos desde su domicilio a los establecimientos sanitarios, y viceversa; ciertas instituciones organizan ellas mismas este transporte.

Con el fin de des congestionar los hospitales, atenuar los inconvenientes de la hospitalización y disminuir los gastos, muchas instituciones de Seguro de enfermedad firman contratos con establecimientos adecuados y crean ellas mismas organismos para tratamientos especiales, sobre todo para la tuberculosis. Ciertas instituciones han ido más allá, estableciéndolos para casos crónicos (que llenarían inútilmente los hospitales), así como casas de convalecencia.

7. Personal médico auxiliar.

Entre los auxiliares del médico ocupa el primer lugar la enfermera diplomada, cuyo concurso es indispensable para la aplicación de ciertos métodos terapéuticos a domicilio.

Es incumbencia de los Poderes públicos el proveer a los campos de un número suficiente de comadronas. Las instituciones de Seguro de enfermedad favorecen, sin embargo, el establecimiento de comadronas en el campo, concediéndoles ciertas ventajas en las tarifas y confiándoles el cuidado de las mujeres antes y después del parto, a menos que para este objeto existan instituciones especiales en el distrito.

Los masajistas y otros auxiliares técnicos reciben del Seguro de enfermedad una asistencia profesional y material importante.

La enfermera visitadora es para el Seguro de enfermedad una colaboradora regular e indispensable para el desarrollo sistemático de su servicio de asistencia médica y de defensa de la salud en las regiones rurales.

La contribución del Seguro de enfermedad a la prevención de las enfermedades y a la conservación de la salud.

La importancia de esta contribución, muy importante, no puede traducirse fácilmente en cifras, ni deducirse del presupuesto del Seguro, en el cual ocupan el primer lugar los gastos para prestaciones curativas.

1. Higiene local.

Las instituciones de Seguro contribuyen al desarrollo de la higiene local, facilitando la construcción de viviendas sanas por medio de préstamos hipotecarios, mejorando el modo de vida de la población rural, facilitando medios de desinfección, de lucha contra los insectos, etc.

Muchas Cajas crean y sostienen establecimientos de baños y duchas accesibles a toda la población.

Por medio de la organización de la asistencia médica eficaz, las Cajas contribuyen indirecta, pero esencialmente a facilitar los diagnósticos y los tratamientos, y al asegurar esta asistencia médica y obstetricia prestada por médicos competentes, las instituciones de Seguro social combaten la superstición y el curanderismo.

2. Educación higiénica popular.

Muchas Cajas han creado organismos especiales de propaganda higiénica, que ejercen su acción por medio del cinematógrafo, diapositivas, folletos y carteles, exposiciones gratuitas de higiene, etc.

III. — COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE HIGIENE Y EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN LAS REGIONES RURALES.

Utilidad y objeto de la colaboración

Responsables de la salud de sus asegurados, las Cajas de Seguro de enfermedad procuran implantar condiciones propicias al mantenimiento de un buen estado sanitario general. Pero en su función buscan la coordinación con los servicios de higiene y las organizaciones de asistencia social. Siguen con ello el principio de la economía racional que tiende a evitar los dobles esfuerzos.

En el campo es más necesaria esta coordinación, puesto que las condiciones de las viviendas y las costumbres rurales no suelen responder a las exigencias de la higiene. Muchas veces falta el agua potable; se carece de instalaciones de baños, de medios de desinfección, etc. Y estos males se agravan con la diseminación de las viviendas, con la dificultad de encontrar locales apropiados para las consultas. Por último, las poblaciones rurales, más atrasadas intelectualmente que las urbanas, oponen a los intentos de asistencia sanitaria una resistencia sorda, que es preciso vencer. Ante lo arduo de la labor se hace indispensable la unión de todas las voluntades.

Zonas y modalidades de la cooperación

Ante todo, es preciso un estudio en común del plan sanitario de las regiones rurales. Es, pues, la primera etapa de la colaboración de las instituciones de Seguro social y los servicios de higiene.

Entre los puntos que requieren una colaboración organizada, merecen destacarse: la lucha antituberculosa, las enfermedades venéreas, el cáncer, las enfermedades mentales, la protección a las madres y a los recién nacidos, la protección a la infancia y la educación higiénica de las poblaciones rurales; el orden en que deben abordarse estos problemas dependerá de la urgencia de las necesidades.

La cooperación debe realizarse por medio de Comités de colaboración, compuestos por representantes de los Servicios de higiene y representantes de las instituciones de Seguro social, a las que deberán agregarse delegados del Cuerpo médico y de las organizaciones de asistencia social. Estos Comités, respetando la autonomía de las partes colaboradoras, harán los programas de acción, marcando a cada una de aquéllas la misión que le corresponde en la obra común.

*
* *

En los días 7 y 8 de diciembre se ha reunido en la sede de la Oficina Internacional del Trabajo la Comisión instituida para el estudio del problema del paro.

El problema del paro (1)

El director de la Oficina, Sr. Albert Thomas, anunció a la Comisión

(1) Información directa de la Oficina Internacional del Trabajo.

que había preparado un informe que debía de servir de base a los debates. Este informe fué objeto de un examen de la Comisión.

El miembro patronal, Sr. Olivetti, dijo que la cuestión era muy compleja y que antes de tomar una decisión acerca de la semana de 40 horas convendría saber cual es la duración efectiva del trabajo en los diferentes países.

El miembro patronal, Sr. Lambert-Ribor, declaró que echaba de menos en el informe de la Oficina mayor número de opiniones en pró que en contra de la semana de 40 horas. El miembro obrero, Sr. Jouhaux recordó que la semana de 40 horas estaba unánimemente reclamada por todas las organizaciones sindicales y combatió los argumentos expuestos por los patronos añadiendo que los obreros aceptaban el informe de la Oficina, no porque satisface unilateralmente a las reivindicaciones obreras, sino porque es una demostración de que hay posibilidades para atenuar la crisis del paro.

El obrero inglés, Sr. Hayday, dijo que la tendencia general en la industria era la reducción de las horas de trabajo y que, en vista de las luchas aduaneras que se entablan en todas partes, hay que obrar rápidamente para aportar una solución.

El representante del Gobierno alemán, Sr. Sitzler, informó que en Alemania eran muchas las medidas legislativas y administrativas para la reducción de la jornada de trabajo y que esta reducción sería fácilmente aplicada si fuese acompañada de una reducción de los salarios, lo que no es posible porque el nivel de los salarios es ya muy bajo.

Después de contestar a las observaciones hechas por diferentes oradores, explicó el Sr. Albert Thomas, que el informe se atenía a la decisión del Consejo de Administración. Declaró de otra parte, que después de haber estudiado detenidamente la cuestión había llegado a la conclusión de que la semana de 40 horas responde a tres ideas: mejor distribución del trabajo entre la mano de obra, respetar la buena marcha de las impresas y asegurar a cada trabajador un salario suficiente. Sin embargo el director desearía conocer las indicaciones precisas de los patronos y si es posible llegar a un acuerdo entre los diferentes países con modalidades y elasticidad según las categorías de industrias.

Antes de abordar el problema de la duración en su relación con el paro, el miembro patronal, Sr. Lambert-Ribot, declaró que estaba conforme con las sugerencias del Director de la Oficina Internacional del Trabajo en lo que se refiere a la reducción de las horas extraordinarias y que en ese sentido la industria metalúrgica había recomendado la adopción del *short time* como medida para disminuir el número de parados. Hizo en cambio algunas objeciones a la mejor distribución del trabajo y de otra parte, se mostró escéptico en cuanto a los acuerdos internacionales. En el mismo sentido se expresó el Sr. Cort van der Linden, miembro patronal holandés.

El Sr. Olivetti lamenta que la Oficina Internacional del Trabajo, no patronales declarando que no hay imposibilidades prácticas, sino que únicamente es necesaria una organización. Opina que es posible emplear un gran número de parados si se llega a generalizar la semana de 40 horas y que los acuerdos internacionales en la materia responden al

principio de la economía organizada, la cual ya es inevitable, porque está en la evolución de la forma industrial.

El Sr. Olivetti lamenta que la Oficina internacional del Trabajo, no haya dado más referencias sobre lo que ocurre en Italia, donde se ha procedido a la disminución de la jornada de trabajo para evitar el despido de obreros y apoyándose en la declaración del Sr. Sitzler cree que es inútil de reemplazar la tendencia espontánea de algunas industrias por una medida coercitiva y portanto combate la idea de una disposición legislativa internacional.

El Sr. Vogel patrón alemán, señala la flexibilidad de las medidas legislativas de su país y el Sr. Leggett representante del gobierno británico, expone las dificultades de la Gran Bretaña en el momento presente de la crisis.

Por último el Sr. Müller, obrero alemán, declara que la documentación reunida por la Oficina Internacional del Trabajo justifica plenamente la reivindicación obrera de la semana de 40 horas.

Después de algunas indicaciones del Sr. Albert Thomas para la continuación de los trabajos, se declara clausurada la reunión de la Comisión.

La resolución adoptada y que ha de ser sometida al Consejo de administración, no será definitiva hasta después del examen por dicho Consejo, pero el texto contiene las siguientes consideraciones y sugerencias. Reconociendo que la solución no depende unicamente de las medidas económicas, financieras y políticas, la Comisión insiste cerca de los Gobiernos para que nacionalmente o por las instituciones internacionales se continúe con la mayor energía la acción emprendida contra el paro.

De acuerdo con decisiones del Consejo que autorizaba el director para convocar la Comisión, esta se ocupó particularmente, "de la posibilidad de llegar a una mejor reglamentación del trabajo, por vía de acuerdos internacionales, ya sea generales o bien por industrias".

La Comisión comprueba que, en muchos países, se han tomado medidas de una manera espontánea para mantener empleado el mayor número de obreros posible a pesar de la reducción de la producción, y recomienda que estas medidas sean puestas en práctica. En las condiciones presentes, la Comisión opina que los convenios internacionales del Trabajo sobre duración del trabajo deben ser ratificados para que sus principios, aplicados universalmente, constituyan la base de las modificaciones previstas. Las horas extraordinarias deben ser suprimidas. Conviene disminuir la jornada individual de trabajo antes de proceder al licenciamiento. Esta disminución puede ser de las horas o del número de días de la semana. Para atenuar la reducción eventual de las ganancias semanales del obrero, la Comisión señala que, en ciertos países, se han tomado medidas para compensar esta reducción y recuerda que algunos Estados han sugerido acuerdos provisionales sobre la duración del trabajo en ciertas industrias, por lo que ruega al Director de la Oficina Internacional del Trabajo que estudie esta sugerencia por si ha lugar a convocar una reunión a este efecto. La Comisión tomó nota de la reivindicación obrera en favor de la semana de 40 horas así como de la opinión de ciertos industriales sobre la posibilidad de reducir la

jornada de trabajo en las industrias cuyos progresos técnicos han sido considerables. Por último la Comisión invita a la O. I. T. que siga atentamente el estudio de esta cuestión para someterla ulteriormente al Consejo.

*
* *

LOS EFECTOS DE LA RACIONALIZACIÓN

Los efectos que produce la racionalización del trabajo en las industrias, tan discutidos actualmente a causa de la persistente crisis económica, se exponen claramente en una serie de estudios que ha publicado la Oficina Internacional del Trabajo.

Se ve en ellos, por ejemplo, que en los casos analizados ha aumentado el rendimiento del trabajo de 10 a 40 % por la selección profesional; de 27 a 200 % merced a los nuevos métodos de formación de los trabajadores; de 20 a 700 % mediante la racionalización de los movimientos; de 40 a 260 % por el trabajo a la cadena; de 15 a 300 % merced a los estímulos de remuneración y de 2,8 a 33 % por el establecimiento de pausas en el trabajo. En lo que se refiere a los procedimientos relativos a los factores materiales, se han registrado aumentos de rendimiento de 60 % por la mejor instalación de los locales; de 30 a 44 % por la mejor colocación de los puestos de trabajo; de 36 a 159 % por el perfeccionamiento del material.

Si se tiene en cuenta la acción de la racionalización en general, se observa que en Alemania, de 1925 a 1928, la elevación de rendimiento ha sido de 16 a 100 %, según las industrias; en Austria, de 1924 a 1927, fue de 27 a 78 %; en los Estados Unidos el rendimiento medio por obrero en seis años, en las cuatro principales ramas de la actividad nacional (agricultura, minas, manufacturas, ferrocarriles) ha aumentado en 27 %; en la Gran Bretaña, en un grupo de 10 industrias, de 1924 a 1930, el aumento de la producción fué de 11 %, con una disminución del total de trabajadores ocupados de 8 %.

En las minas de hulla, la racionalización ha producido los aumentos de rendimiento siguientes para los obreros del interior: Alemania, de 1913 a 1929, 34 %; en Holanda, de 1925 a 1928, 54,5 %; en Bélgica de 1913 a 1929, 16 %.

A pesar de que no se dispone de datos estadísticos bastantes para determinar con exactitud las consecuencias de la racionalización en el empleo de los trabajadores, se deduce de la documentación reunida que las medidas de este orden producen cierto margen de paro permanente, en proporción a la amplitud y a la rapidez misma del movimiento de racionalización.

Los estudios de la Oficina Internacional del Trabajo analizan igualmente las consecuencias de la racionalización en la duración del trabajo, salarios, higiene industrial, prevención de accidentes, relaciones entre patrones y obreros, etc.