

SERVICIOS MEDICOS DEL SEGURO SOCIAL
EN EL MEDIO RURAL.*

DR. CARLOS ZAMARRIPA TORRES

ME PARECE de interés presentar en esta Academia Nacional de Medicina, como trabajo reglamentario de la Sección de Medicina Social, algunos aspectos de los servicios médicos que imparte el Instituto Mexicano del Seguro Social en las comunidades rurales.

Desde luego sabemos que la población del campo, entre otras muchas necesidades, tiene la de preservar a los trabajadores y a sus familiares de las consecuencias ocasionadas por los riesgos de su salud.

El trabajo del campesino está actualmente subordinado, no sólo a factores naturales sino a los derivados de la introducción de nuevas técnicas en las que participan la mecánica, la química, la genética y otras actividades indispensables para hacer ventajosamente productivo su negocio, haciendo más vulnerable sus condiciones sanitarias. Por otra parte, su salud también se ve afectada por sus bajos niveles de vida, por su distribución geográfica, por la escasez de médicos y otras prestaciones conexas, por sus bajos índices de alfabetización y sus precarios conocimientos sanitarios, y muchos otros factores sociales y económicos, culturales y políticos.

Conocemos numerosos e incesantes esfuerzos que se hacen, principalmente por parte de nuestro gobierno, por modificar la pobre situación del campesino mexicano, procurando llevar hasta ellos la medicina de nuestros días y beneficios de otra índole como resultado de una definida conciencia social y sanitaria más que como una mera postura política, pasos que no deben perderse, sino servir de estímulo para dar otros más rápidos, más largos y firmes.

Dentro de este programa general, el Instituto Mexicano del Seguro Social participa activamente en ampliar los beneficios de su régimen al medio rural, para

* Trabajo de Sección (Medicina Social), leído por su autor en la sesión ordinaria del 10 de junio de 1964.

librar a los trabajadores del campo y a sus familiares de las contingencias derivadas de las enfermedades y de los accidentes.

Espero que esta modesta contribución al problema sanitario rural contribuya a sumar participantes en la acción por corregir, con la mayor celeridad que permitan nuestros elementos disponibles, esas carencias que tiene casi el 50 por ciento de nuestra población.

ANTECEDENTES Y TENDENCIAS INTERNACIONALES

Desde hace algunos años que los regímenes de seguridad social y las organizaciones internacionales, creadas para impulsar el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de salud del hombre, se preocupan por la extensión de las prestaciones médicas a las zonas rurales; por ejemplo: en una rápida revisión de antecedentes, encontramos que la Organización Internacional del Trabajo en 1921, durante su Tercera Conferencia General, que tuvo lugar en Ginebra, adopta el Convenio 12 y las recomendaciones 11, 12 y 17, relativos a indemnización por accidentes de trabajo, el desempleo en la Agricultura, la protección de la maternidad en la Agricultura y el Seguro Social para los asalariados agrícolas, respectivamente. Más tarde, en 1927, en la Décima Reunión de la O.I.T., se adopta el Convenio 25 sobre el Seguro de Enfermedad en la Agricultura, y lo que puede citarse como Recomendación 29 sobre el Seguro de Enfermedad. También encontramos que la O.I.T., en su Cuadragésima Reunión (Ginebra, 1957), adopta el Convenio 107, sobre Poblaciones Indígenas y Tribunales.

La Segunda Conferencia Regional de los Estados de América, miembros de la O.I.T., celebrada en la Habana, Cuba, en el año de 1939, además de ratificar su adhesión a los principios fundamentales de los seguros sociales, acordados en la Primera Reunión de Santiago de Chile, 1936, pidió al Consejo de Administración interesar a los Estados de América para que adopten esos principios al establecer o revisar su política de Seguro Social y recomendando que el Seguro de Enfermedad se aplique a todos los trabajadores asalariados, incluyendo a los agrícolas, en cuanto lo permitan las condiciones imperantes en las regiones rurales de cada país y haciendo al mismo tiempo la recomendación de que una tendencia semejante debía tomarse en lo referente a riesgos profesionales.

En la Cuarta Conferencia Regional de los Estados de América, miembros de la O.I.T. (1949), se plantean resoluciones sobre las condiciones de empleo de los trabajadores agrícolas en los países de América.

La Asociación Internacional de Seguridad Social manifiesta, asimismo, esas inquietudes por el bienestar de los campesinos desde el año de 1928. En su Segunda Asamblea General de Viena adopta la resolución sobre la necesidad de igualar el trato de los trabajadores agrícolas y de los trabajadores industriales en el

seguro de enfermedad, considerando que precisa mejorar la salud de esos trabajadores y elevar su situación social, elemento esencial contra el abandono de la tierra.

Por su parte la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en su Segunda Conferencia de Río de Janeiro resuelve (Resolución C.I.S.S. núm. 22) la necesidad de ampliación del Seguro Social a los trabajadores agrícolas, considerando que esto es de urgente necesidad y que debe hacerse en la medida y tiempo que permitan las características de cada país.

En México, año de 1952, la misma Conferencia Interamericana de Seguridad Social, considera diversos informes y trabajos sobre la Extensión del Seguro Social al Campo, presentando entre las Resoluciones finales de esta Cuarta Reunión, ocho Recomendaciones a los gobiernos de los países americanos sobre el tema indicado.

Ya es conocida, pero no está por demás recordar que en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que se proclamó por la Organización de las Naciones Unidas, en su Asamblea General de París, el año de 1948, se consignaba, entre otros principios, que "toda persona sin distinción alguna, tiene derecho a la seguridad social, a que se le asegure su salud y el bienestar; a la asistencia médica y a seguros de enfermedad... y que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales".

En el mismo año de 1948, la Organización de Estados Americanos, en su Novena Conferencia Interamericana, que se llevó a cabo en Bogotá, Colombia, se refiere al trabajo rural en sus artículos 38 y 39, de la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales. Esta Organización al celebrar su Décima Conferencia Interamericana en la ciudad de Caracas, Venezuela, en 1954, con el número 38, recomienda a los gobiernos desarrollar la Asistencia Social en las zonas rurales.

El Primer Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos Profesionales, celebrado en México, del 1º al 7 de diciembre de 1963, los mismos días que la Segunda Reunión de la Comisión Regional Americana para la Prevención de Riesgos Profesionales, abordó el tema "Prevención de los Riesgos Profesionales en la Agricultura", encontrando que la prevención de esos riesgos en la agricultura es necesaria y se puede encaminar hacia dos campos principales, concernientes a los riesgos nuevos y a los riesgos tradicionales.

En la VII Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Asunción, Paraguay, en junio de 1964, se resolvió y recomendó que, en la forma más eficaz e inmediata posible, se mejoren las condiciones de vida de la población rural, y que la aplicación de la seguridad social en el campo se haga coordinando los mecanismos institucionales, públicos y privados que operan en ese medio.

BASES LEGALES PARA EXTENDER EL SEGURO SOCIAL
MEXICANO AL CAMPO

En México se incorpora definitivamente la seguridad social en la Fracción XXIX, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el año de 1917 en la ciudad de Querétaro.

Esta protección y avance social toman realidad en 1943 y 1944, al ponerse en vigor la Ley del Seguro Social y comenzar a otorgarse sus beneficios, respectivamente. Si bien sus artículos 6º y 100º prevén la protección a los trabajadores agrícolas y ejidatarios, una prudencia elemental hizo conveniente que el régimen se aplicara primero a localidades importantes por su economía o por su número de habitantes, para garantizar su funcionamiento eficaz y su equilibrio económico, sin dejar de reconocer las apremiantes necesidades que siempre han tenido los Trabajadores, particularmente los campesinos.

No podían diferirse mucho las promociones para llevar los beneficios del Seguro Social al campo. En agosto de 1954 se publicó en el "Diario Oficial", para su observancia, un Reglamento para incorporar a algunos trabajadores agrícolas de los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa. Los problemas técnicos y financieros, médicos y administrativos que se presentaron, dificultaron extender más el régimen a otros núcleos de campesinos.

Más tarde, por Decreto Presidencial de 30 de diciembre de 1959, reformado el seguro social obligatorio que se tenía para los trabajadores del campo, se crearon facilidades para su extensión gradual más acelerada.

En el año de 1960 se expide el Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los Trabajadores del Campo, reuniendo, en un solo ordenamiento, las diversas disposiciones legales que normaban este Seguro.

Recientemente, el día 29 de junio de 1963, se publicó en el "Diario Oficial" de la Federación un decreto presidencial, declarando de interés público la incorporación al régimen de seguridad social de los campesinos que laboran en la producción de la caña de azúcar, en los municipios del país comprendidos en las zonas de influencia y de abastecimiento de los ingenios. Esto permitió que los cañeros quedaran protegidos, al mismo tiempo que sus familiares beneficiarios, por los seguros de enfermedades generales y maternidad, de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de invalidez, vejez y muerte.

Los trabajadores estacionales, cultivadores y cortadores de caña, vinculados a la producción de la caña de azúcar, al igual que sus familiares beneficiarios, tienen derecho a recibir los servicios médicos en los términos del Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los Trabajadores del Campo, publicado en el "Diario Oficial" de la Federación el día 18 del mismo mes y año.

POBLACIÓN RURAL AMPARADA POR EL SEGURO SOCIAL

Al finalizar el año de 1954, el Instituto Mexicano del Seguro Social amparaba 2,389 asegurados del campo, con 6,367 familiares beneficiarios, haciendo un total de 8,756 derechohabientes. Esta población ha crecido a través del tiempo, encontrando, según los datos estadísticos del Instituto, que al 31 de diciembre de 1963, estaban asegurados 50,774 trabajadores con 120,130 familiares beneficiarios, con un total de 170,904 derechohabientes. Aparte se consideran los trabajadores estacionales o de temporada, cuya cifra preliminar se estima en 100,000 derechohabientes.

Por otra parte, los cañeros afiliados al 25 de abril de este año de 1964 eran 224,486 derechohabientes; correspondiendo 53,283 a trabajadores, 38,939 a esposas o compañeras y 132,264 a hijos. Se estima que en el curso de este año, al completarse su incorporación y terminarse las obras comprendidas para atenderlos, la población cañera puede alcanzar la cifra de 600,000 derechohabientes.

RIESGOS CUBIERTOS POR EL SEGURO SOCIAL

Según el Reglamento para el Seguro Obligatorio de los Trabajadores del Campo en vigor, los trabajadores asalariados y sus beneficiarios están cubiertos contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como contra las enfermedades y accidentes comunes, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte y la cesantía en edad avanzada.

Por su parte, los trabajadores estacionales del campo, sus esposas o compañeras e hijos menores de 16 años, tienen derecho a recibir atención médica, farmacéutica y hospitalaria, en los casos de enfermedades generales contraídas durante el tiempo en que presten sus servicios. En los casos de accidentes en el trabajo, tétanos y picaduras de animales ponsoñosos, el Instituto les paga la mitad del ingreso que perciben cuando el siniestro los incapacite para laborar, mientras dure la incapacidad y dentro de los términos de la Ley.

Los miembros de las Sociedades Locales de Crédito Ejidal y de Crédito Agrícola asegurados y sus familiares beneficiarios, tienen derecho a las prestaciones de que disfrutaban los asalariados del campo.

PRESTACIONES MÉDICAS

Las prestaciones médicas concedidas por el régimen del Seguro Social son, en términos muy generales: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sean necesarias. En casos de padecimientos originados por el trabajo, se proporcionan, además, aparatos de prótesis y ortopedia.

En los casos de maternidad, las aseguradas y las esposas o compañeras de los asegurados tienen derecho a la asistencia obstétrica necesaria, a partir del día en que el Instituto certifica el estado de gravidez; también reciben una ayuda para la lactancia, proporcionada en especie y por un lapso de seis meses con posterioridad al parto. La madre asegurada recibe, además, una canastilla al nacer el hijo.

Tanto los trabajadores afiliados al Instituto, como sus beneficiarios, reciben otras prestaciones en dinero que no son motivo de revisión en este trabajo.

LA EXTENSIÓN CONTINUA DEL SEGURO SOCIAL AL CAMPO

Los esfuerzos desplegados por el Seguro Social para cubrir mayor territorio y nuevos grupos de derechohabientes son importantes, si bien algunas dificultades de orden administrativo y particularmente financiero retardan las realizaciones. No obstante su aplicación a otras zonas geográficas es continua: de manera inmediata en aquellas zonas de mayor prosperidad económica y de mayor desarrollo demográfico, en las que se aprecia la viabilidad de impartir eficientes servicios médicos. Más adelante, cuando se logre mantener el equilibrio integral del sistema en esas regiones, podrá llevarse el régimen a otros lugares con bajos índices en el nivel de vida, con más elevados coeficientes de morbilidad y de mortalidad, a los que por su lejanía hagan más urgente la concesión de prestaciones médicas.

ALGUNOS EJEMPLOS DE PROBLEMAS QUE PRESENTA EL MEDIO RURAL

Unos cuantos ejemplos pueden despertar nuestro recuerdo acerca de problemas del medio rural que hacen difícil, pero imperativa, la extensión de servicios médicos bien organizados que garanticen su otorgamiento oportuno, eficaz y completo.

Uno de ellos es la gran extensión territorial de nuestro país, que alcanza 1,972,547 kilómetros cuadrados, de los cuales 1,967,183 son de su porción continental y 5,364 a la insular. Tiene extensas fronteras que llegan a 3,147 kilómetros al norte y a 1,201 en el sur, contando con extensos litorales al oriente y al occidente.

Este territorio es montañoso. Está cruzado por un macizo de montañas, que unidas al sur, se separan al norte del Istmo de Tehuantepec, formando la Sierra Madre Oriental y la Sierra Madre Occidental cruzadas, a su vez, transversalmente por cordilleras que van de costa a costa.

Esta disposición forma el Altiplano, constituido por las mesetas sur, del centro

y norte. Además, dos vertientes exteriores hacia el Golfo de México y el Océano Pacífico, con dos penínsulas, una al noroeste y otra en el sureste.

El altiplano tiene una extensión de 589,167 kilómetros cuadrados y representan, aproximadamente, el 30 por ciento de la superficie total del país, en tanto que las vertientes, con las regiones ístmica y peninsulares, equivalen al 70 por ciento del área nacional.

Por otra parte, la altura de las tierras sobre el nivel del mar es variable, tenemos:

<i>Alturas</i>	<i>% del área nacional</i>
De 0 a 500 metros	32.68
De 501 a 1 000 metros	16.65
De 1 001 a 1 500 metros	20.65
De 1 501 a 2 000 metros	19.76
De 2 001 a 2 500 metros	9.63
De 2 501 a 3 000 metros	0.62
De más de 3 000 metros	0.09

Esta diversidad de alturas origina sensibles variaciones climatológicas, dificulta la planeación agrícola, eleva los costos para construir vías de comunicación, los medios de transporte resultan menos económicos y se crean múltiples problemas sanitarios.

Nuestra climatología es irregular. Si sólo hacemos referencia a la temperatura y a la humedad, encontramos que predominan los climas secos y templados, que en conjunto representan el 88 y el 70 por ciento del área total, respectivamente. Sin olvidar que dentro de las regiones de clima seco, hay 444,000 kilómetros cuadrados de área desértica, que son casi el 25 por ciento de toda la superficie territorial.

También la posición geográfica de México, que está en las zonas templada y tórrida, influye en la variabilidad del clima, que se modifica, además de los factores apuntados antes, por la acción de las corrientes de circulación atmosférica que tienen temperatura y humedad distintas, lo que, unido a la influencia de los mares que bañan sus costas, acentúa los cambios de clima y determina en gran parte el régimen de lluvias.

Puede decirse que las lluvias de nuestra República disminuyen del sureste hacia el noroeste; que existe un dominio de lluvias violentas y tempestuosas impidiendo la infiltración y deslavando los terrenos; que con frecuencia el granizo acompaña a las lluvias y que existen grandes contrastes pluviales en regiones

muy próximas. Estudios realizados al respecto señalan que hay escasez de lluvias en toda época del año en el 50 por ciento de todo el territorio nacional, y que algo más del 36 por ciento tiene escasez de lluvias en verano, lo que tiene una repercusión directa sobre las corrientes de agua, en virtud de que esta agua de los ríos proviene de las lluvias.

En este territorio viven, según el Censo de 1960, 34.923,129 habitantes. De éstos, 17.218,011 (49.30 por ciento) forman la población rural.

Esos habitantes, según el Censo Nacional de 1960, vivían en 88,151 localidades rurales; 1,461 urbanas; 34,201 urbanas; 34,201 censados con otras y 21,899 sin habitaciones, representando el 60 por ciento los primeros, uno por ciento los segundos, y 24 y 15 por ciento los siguientes.

Hay 6.009,096 viviendas en el país, de las cuales 3.285,498 son rurales. De éstas, el 85.12 por ciento están integradas por uno o dos cuartos, en las que vive el 88.90 por ciento de los campesinos.

Del total de viviendas señalado, 4.339,115 con 23.894,267 ocupantes carecen de agua entubada; 564,987 con 2.948,338 habitantes sólo tienen agua entubada fuera de la vivienda, y sólo 1.105,003 viviendas con 8.080,524 ocupantes tienen agua entubada dentro de la vivienda. El 71.1 por ciento de las viviendas no tiene drenaje o albañal; en ellas viven 24.966,849 personas, que representan el 71.4 por ciento de la población total.

En un estudio de la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, se encontró que en México, año de 1962, el 5.5 por ciento de las familias no consumen proteínas, el 80 por ciento las consumen insuficientemente y sólo un 14.5 por ciento lo hacen en cantidad suficiente o en exceso. También, encontraron que el 5.7 por ciento de las familias no consumen alimentos energéticos, el 80 por ciento lo hacen insuficientemente y el 14.3 por ciento los consumen en cantidad suficiente o en exceso.

El censo de 1960 señala que 8.218,840 habitantes de comunidades rurales (47.73 por ciento del total de la población rural) no comen pan de trigo y que 5.989,067, que representa el 34.78 por ciento de los pobladores del campo, no comen carne, pescado, huevo ni leche.

El vestuario del campesino es generalmente rudimentario, sin reposiciones mínimas.

El 21.79 por ciento de la población rural, formada por 3.753,218 personas, anda descalzo, y el 36.63 por ciento que comprende 6.307,630 habitantes, usa huaraches o sandalias.

Según el único Censo de 1960, en México había 7.146,430 habitantes de zonas rurales, de más de seis años de edad, que no sabían leer ni escribir, haciendo el 41.51 por ciento de la población rural en conjunto. De los de más de cinco años, se registraron 1.104,955 que hablaban indígena solamente.

Calculada la población en edad escolar de 6 a 14 años, en el año de 1960, según datos del Censo Nacional, en la cifra de 8.516,816 educandos, el 36.57 por ciento, que representa a 3.115,307 escolares, no recibía educación.

La mortalidad en el medio rural es de 11.8 por mil, en tanto que la urbana es de 11.3 por millar, alcanzando los índices más elevados en la zona Pacífico-Sur y en la Central del país, donde las tasas son de 13.3 y 12.2 por mil, respectivamente.

En los datos del Censo de 1960 encontramos que la mortalidad infantil general fue de 74.5 por mil, predominando en el medio rural de los estados de Tlaxcala, México, Guanajuato, Puebla, Jalisco, Distrito Federal, Colima, Querétaro y Chihuahua, particularmente en las dos primeras entidades donde alcanzó tasas de 110.7 y 107.9 por mil, respectivamente.

Las diez causas más frecuentes de mortalidad en México, según cifras obtenidas para el año de 1962, son:

<i>Causas</i>	<i>Tasa por 100,000</i>
Gastro-enteritis y colitis, sin incluir diarrea del recién nacido	144
Neumonías.	136
Enfermedades de primera infancia.	127
Accidentes, envenenamientos y violencias.	68
Síntomas, senilidad y condiciones no bien definidas.	67
Enfermedades del sistema circulatorio	65
Neoplasmas.	36
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	30
Bronquitis.	29
Tuberculosis del aparato respiratorio.	22

La mortalidad en el medio rural aparece ms alta que en el medio urbano, particularmente en enfermedades infectocontagiosas, disenterías en todas sus formas, neumonías y otras afecciones del aparato respiratorio; pero encontramos que casi el 40 por ciento de las defunciones registradas no fueron diagnosticadas médicamente, lo que hace pensar en la posibilidad de que esa población falleció sin auxilios médicos eficaces durante su enfermedad.

MEDIOS PARA IMPARTIR SERVICIOS MÉDICOS DEL SEGURO SOCIAL

Para lograr sus mejores rendimientos en nuestro territorio, los servicios médicos del Seguro Social se imparten por medio de un sistema nacional y coor-

dinado de unidades, que se ramifica de las grandes ciudades a las pequeñas localidades, acercándose lo más posible a las comunidades rurales, que va más allá de los muros de las clínicas y de los hospitales por medio de unidades móviles.

Esta red tenía 929 unidades en servicio, al 31 de diciembre de 1963. Entre ellas figuran dos centros médicos en el Distrito Federal (el Nacional y el de La Raza); otro Centro Médico en construcción parcial en Guadalajara, Jal.; 165 hospitales de diversas capacidades; 170 clínicas de adscripción y de concentración (44 de éstas con servicios de hospitalización para cirugía menor); 343 clínicas o puestos médicos periféricos; 228 puestos de fábrica y 20 unidades móviles.

Por la índole de este trabajo, sólo mencionamos características generales del programa correspondiente a las unidades periféricas:

Atenciones de consulta externa, urgencias, obstetricia y pequeña cirugía, al nivel de la medicina general, para adultos y para menores.

Disponer de camas de hospital para pacientes que puedan recibir cuidados a nivel de la medicina general, convenientemente separadas por sexos, por edades y por padecimientos.

Contar con archivo clínico y suministro de productos farmacéuticos, proporcionados al cupo y clase de servicios que se imparten.

Servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento mínimos o indispensables, que puedan ser utilizados preferentemente por los mismos médicos de la unidad.

Tener elementos para cirugía menor y atender partos normales.

Poder atender adecuadamente la rehidratación de los niños.

Integrar los servicios con aquellos complementarios y generales que precise el tipo y la capacidad de la unidad médica.

Tendencia a que estas unidades sean atendidas por el mínimo de personal contratado por el IMSS, orientado en las finalidades del régimen y preparado en sus funciones por una serie de instructivos y métodos de trabajo, tendientes a conciliar la máxima calidad con la economía de sus costos.

Unidades bien comunicadas por radio con unidades mayores, donde se trasladarán y concentren los enfermos que necesiten atención de especialistas o elementos que no tengan estas unidades periféricas.

Establecer una doble corriente de las pequeñas a las medianas o grandes unidades, de las rurales a las urbanas, de las periféricas a las de concentración o regionales, no sólo para que todo sea de utilidad, común y al alcance por igual a los derechohabientes urbanos y a los rurales, sino también para mantener al personal enterado de las mejoras que se imparten en los servicios y en su nivel de preparación técnica.

Contribuir a corregir la distribución natural de los médicos y otro personal técnico, que se concentra preferentemente en las ciudades dejando las zonas

rurales con carencias de ellos, y que estas nuevas unidades periféricas los lleven a localidades pequeñas.

ORGANIZACIÓN REGIONAL

La gran extensión del país y sus condiciones geográficas, la dispersión de los derechohabientes y la necesidad de una buena coordinación entre las unidades médicas para proporcionarles buena asistencia médico-sanitaria, hacen que el sistema de organización regional sea el más adecuado para aprovechar al máximo los diferentes recursos disponibles de una zona. Extenderse demasiado dificulta la buena coordinación, ocasiona mayores trastornos a los derechohabientes y compromete los buenos rendimientos.

En cada región se determina el centro de servicio primario donde quedará la unidad médica de concentración más importante tomando en cuenta distancias que deben recorrer los derechohabientes, medios de transporte, tiempos de recorrido, dispersión de los núcleos de población, etc.

Dentro de cada región, cuando su extensión y características lo justifican, se determinan subregiones que requieren unidades médicas de menor desarrollo, pero que deben quedar bien coordinadas con la unidad regional.

A su vez, dentro de cada subregión, analizada cuidadosamente, pueden señalarse los lugares donde se necesitan unidades médicas de carácter local, las que también estarán perfectamente enlazadas con las anteriores.

Para atender pequeños y dispersos grupos de población rural se utilizan unidades móviles, asegurando la periodicidad de su visita por medio de calendarios de operación e itinerarios fijos, previo estudio cuidadoso de cada región.

A cada unidad se le fija su área de influencia con límites geográficos definidos, buscando que los derechohabientes puedan llegar a ellas desde los puntos más distantes de su zona sin grandes inconvenientes, quedando adscritos a ellas, para efecto de las prestaciones médicas, los derechohabientes que residan en la zona territorial que les corresponda.

Dentro de este sistema regional, los enfermos pueden trasladarse, por orden médica de unidades menores a las regionales, cuando se justifique esa necesidad y sus casos no puedan atenderse satisfactoriamente en su unidad de adscripción. Será mejor el intercambio de informaciones, y las unidades menores resolverán mejor sus problemas técnicos, académicos, docentes y de investigación. Pero las unidades subregionales, locales o periféricas, estarán obligadas a enviar sus enfermos bien estudiados, los problemas planteados cuidadosamente y quedarán obligados a continuar la vigilancia y atención médica de los pacientes que les devuelvan, así como a realizar los trabajos que se hayan programado.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

La experiencia del Instituto indica que es posible impartir servicios médicos satisfactorios en el medio rural, superando la etapa en la cual, para resolver problemas de asistencia médica, se planteaba la conveniencia de aumentar camas de hospital o el número de consultorios médicos. Esta conducta traía como consecuencia la necesidad de acrecentar las cantidades de personal y de elevar los gastos de operación, creciendo al mismo tiempo la dificultad de contar con suficientes técnicos bien preparados en sus procedimientos de trabajo y con disposición para buenas relaciones humanas.

Es fácil advertir las repercusiones favorables que tiene la buena calidad de los servicios médicos sobre los beneficios que reciben los interesados y los costos de funcionamiento de la unidades médicas. Muchas ocasiones, la implantación de normas adecuadas de organización, cuidadosamente estudiadas, y valorando sistemáticamente la forma de impartir las prestaciones, hace innecesario aumentar la solicitud de elementos físicos, garantizando mejor los cuidados y atenciones médicas que reciben los derechohabientes.

Entre las medidas adoptadas para elevar la calidad de los servicios médicos, el Instituto aspira a formar un médico de la seguridad a su exclusivo servicio, que mantenga su capacidad intelectual y su preparación profesional en un nivel decoroso, que tenga conciencia de que su esfuerzo y su trabajo son necesarios y útiles para el bienestar de los derechohabientes y que ajuste su conducta a las modalidades actuales de la medicina social.

Otras medidas concretas que se han implantado para corregir deficiencias de los servicios médicos e impartir atención de buena calidad, son las siguientes:

Adscripción de un número fijo de derechohabientes a cada médico en las clínicas.

Selección del personal.

Menor exigencia de trámites administrativos.

Nombramiento de personal auxiliar a los médicos en sus tareas (repcionistas, etc.).

Dotación de elementos materiales necesarios.

Nuevo Cuadro Básico de Medicamentos, cuidadosamente elaborado desde el punto de vista científico y ético.

Publicación de la Revista Médica y del Boletín Médico del I.M.S.S.

Implantación de los sistemas de Auditoría Médica, a cargo de los mismos profesionistas de las unidades médicas, a fin de evaluar y estimular el trabajo clínico en los establecimientos del I.M.S.S.

Fomento de las reuniones científicas.

Formación de bibliotecas.

Implantación de cursos para graduados y otras formas de docencia.

Incremento de las actividades académicas en las clínicas y en los hospitales.

Establecer las mejores relaciones entre el personal y las autoridades.

Crear estímulos de orden moral y material, que sirvan como aliciente y recompensa a los esfuerzos realizados por los médicos para elevar la calidad de los servicios del Instituto.

El sistema médico institucional del Seguro Social con metodología uniforme de aplicación nacional, permite que el personal de las unidades periféricas reciba los beneficios indicados.

SERVICIOS MÉDICOS Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES

Al lado de los servicios médicos y para promover el bienestar económico y social de los derechohabientes, el Instituto extiende los beneficios de sus prestaciones sociales por medio de sus Centros de Seguridad para el Bienestar Familiar, de sus Clubes Juveniles y Campos deportivos, creando circunstancias generales propicias al buen desarrollo individual, familiar y colectivo. Las condiciones de vida de los trabajadores y de su familia se mejoran integralmente impartiendo enseñanzas de medicina preventiva, como mejorar la dieta de la familia campesina; se fortalece la economía familiar mediante la enseñanza de artes y oficios de carácter doméstico, preparando artesanos y obreros calificados necesarios en la región donde viven; se eleva el nivel cívico y cultural del individuo y del núcleo familiar, al mismo tiempo que se proporcionan medios para esparcimientos sanos y para el fortalecimiento físico.

Completan estas nuevas tendencias del Seguro Social mexicano las unidades de viviendas que construye, que implican una vida mejor porque no sólo satisfacen necesidades fisiológicas primarias, sino que permiten cultivar la convivencia y la solidaridad social.

NECESIDAD DE PERSONAL BIEN PREPARADO

Parece fácil reconocer que cualquier programa de servicios médicos para el medio rural, no puede realizarse aislado de otros que contribuyan a una elevación general del nivel de vida de las familias del campo y al mejoramiento integral de las comunidades rurales. Para lograr máximos beneficios, precisa disponer de elementos humanos con deberes bien determinados, con preparación técnica adecuada, orientados en materia de seguridad social; pero asimismo deben poseer una actitud favorable para llevar a buen término esos trabajos, y un sentido social y clara comprensión de las necesidades del hombre, particularmente del hombre del campo mexicano.

PARTICIPACIÓN DE TODA LA COMUNIDAD

Casi está por demás decirlo, pero conviene hacerlo otra vez, que todas las fuerzas de la comunidad nacional, todos los participantes en el empeño por sacar al campesino de la pobreza y de la insalubridad, de la ignorancia y de los vicios, tendrán que enlazar sus voluntades y estar dispuestas a la cooperación y a la concordia, sabiendo que México necesita de todos, del tributo de nuestro trabajo para traducir en evidencias lo intangible que son la salud y la vida humana.

TAREA DE LOS MÉDICOS

En esta tarea social los médicos tienen un puesto de avanzada, su acción es indispensable y no puede substituirse por ninguna otra; pero tampoco puede llevarse a cabo en forma aislada, tiene que enlazar sus actividades profesionales con las de otros técnicos, sabiendo que trabajos de esta naturaleza y de este alcance social tienen que hacerse en grupo; entendiéndose con claridad los beneficios que se obtienen de la actuación en forma asociada, cediendo un poco del individualismo imperativo que dispersa los esfuerzos, dificulta el adelanto técnico y científico, y estorba el bien social. Son elementos ineludibles para hacer fructífero el esfuerzo, para dar primacía y hondura al otorgamiento de los servicios médicos, igual en la ciudad que en el campo.

CONTRIBUCIÓN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

La Academia Nacional de Medicina puede contribuir, con distinción y efectividad, a resolver el problema sanitario del medio rural, afinando sus programas de enseñanza y de intercambio de conocimientos con la provincia y el medio rural, evitando que decaiga el nivel de preparación profesional de quienes ejercen en esas localidades. Su aporte será no sólo importante en el campo de la medicina social, sino que constituirá un estímulo concreto para los médicos que luchan en condiciones menos favorables que aquellos que están en las ciudades, en los grandes hospitales o en centros médicos de primera categoría.

CONCLUSIONES

1. La población rural de México tiene carencias que la mantienen en un bajo nivel de vida. Una de ellas es la falta de atención médica oportuna y eficaz.
2. El Gobierno y el Instituto Mexicano del Seguro Social llevan a cabo tareas para elevar el nivel de vida general de la población campesina y, particularmente, para cuidar su salud.

3. La experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social comprueba la viabilidad de extender las prestaciones médicas al campo, con calidad semejante a las que tienen las impartidas en las grandes ciudades, haciendo posible la protección médica y sanitaria de la población rural.

4. El sistema institucional de servicios médicos escalonados, bien coordinado y con uniformidad de procedimientos, garantiza la atención médica integral de la población campesina.

5. Las carencias y los problemas del medio rural, el costo elevado y creciente de la asistencia médica de buena calidad, hacen que los beneficios de la medicina actual sólo pueda llegar a los grupos campesinos cuando su ejercicio se hace a través de instituciones de servicios públicos, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, apoyadas en el principio de la solidaridad y justicia sociales.

6. El buen éxito de los trabajos para mejorar la salud y combatir las enfermedades en el medio rural no puede alcanzarse por la acción exclusiva de los médicos, es necesario movilizar permanentemente a toda la población para lograr un mejoramiento substancial en las condiciones de vida de las familias del campo.

7. Es apremiante la necesidad de acelerar la extensión de la seguridad social contra los riesgos de la salud para todos los trabajadores del campo.

8. Debe estudiarse cuidadosamente el financiamiento de los servicios médicos al campo, para garantizar su permanencia y su otorgamiento continuado y eficaz.

9. La Academia Nacional de Medicina y los médicos en general, pueden contribuir con distinción en esta tarea médico-social, afinando y extendiendo sus programas para superar el nivel médico de la provincia y del medio rural mexicano.