

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

	Pág.
Análisis de las respuestas a los cuestionarios	325
Conclusiones y recomendaciones	328
Anexo I	329
Anexo II	331
Anexo III	332
RESUMEN	
Conceptos, definiciones y antecedentes	335
Plan de desarrollo de la ponencia	337
Resúmenes de realizaciones y aplicaciones	337
Análisis de las respuestas a los cuestionarios	337
Conclusiones y recomendaciones	337
INFORME FINAL	339
NUEVAS EXPERIENCIAS EN LA EXTENSION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL A ZONAS Y COMUNIDADES RU- RALES Dr. Carlos Martí Bufill	343
Transformación de los criterios clásicos de los seguros sociales para la consecución de fórmulas prácticas de extensión de la protección a zonas y comunidades rurales	343
De orden económico-financiero	343
De orden médico-asistencial	344
De orden técnico-administrativo	347
Desde el punto de vista económico actuarial	348
Desde el punto de vista médico-asistencial	349
En orden a medios móviles y auxiliares para la asistencia sanitaria	350
En orden a las instalaciones sanitarias	351
En orden a la medicina preventiva, educación sanitaria y rehabi- litación	352
Asistentes sociales	353
Coincidencia de los estudios y recomendaciones de los organismos internacionales sobre las prestaciones de la seguridad social en la agricultura	353
Conferencia Interamericana de Seguridad Social	354
Comisión Económica para América Latina	356
Organización de los Estados Americanos	356
Asociación Internacional de la Seguridad Social	356
Organización Iberoamericana de la Seguridad Social	357
Organización Internacional del Trabajo	358

Las prestaciones médicas en algunos planes piloto de extensión de la seguridad social, a zonas y comunidades rurales	359
Objetivos generales	359
Campo de aplicación	362
Prestaciones médicas	363
Forma de otorgar las prestaciones	364
Características más destacadas de las experiencias llevadas al cabo	365
Aplicación a grupos completos	365
Carácter familiar	366
Carácter convenido de la seguridad social	367
Sentido integral de la prestación médica	367
Adecuación de los medios a la realidad	368
La prestación médica en las zonas y comunidades rurales no es una función aislada, sino la ramificación de la prestación médica general del país	369
Escalonamiento y elasticidad de los centros y servicios médicos para las zonas y comunidades rurales	370
Adecuación del personal de los servicios médicos	371
CONCLUSIONES	372
INFORME FINAL	373
LA FUNCION DEL MEDICO EN EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL <i>Sr. Beryl Frank</i>	377
INTRODUCCION	377
El médico y el sector salud del desarrollo	379
El médico y otros sectores del desarrollo	385
Conclusiones	386
INFORME FINAL	389

NUEVAS EXPERIENCIAS EN LA EXTENSION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL A ZONAS Y COMUNIDADES RURALES

PONENTE: ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE
SEGURIDAD SOCIAL.
DR. CARLOS MARTÍ BUFILL.

PRESIDENTE: DR. JOSÉ KURI ASPRIDES.
DIRECTOR DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL.

SECRETARIO TÉCNICO: DR. JOSÉ FIGUEROA ORTIZ.
ASESOR TÉCNICO DEL IMSS.

NUEVAS EXPERIENCIAS
EN LA EXTENSION DE LAS
PRESTACIONES MEDICAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
A ZONAS Y COMUNIDADES RURALES



Dr. Carlos Martí Bufill

I. TRANSFORMACIÓN DE LOS CRITERIOS CLÁSICOS DE LOS SEGUROS SOCIALES PARA LA CONSECUCCIÓN DE FÓRMULAS PRÁCTICAS DE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN A ZONAS Y COMUNIDADES RURALES.

A) *De orden económico-financiero.*

Los factores que, como causa influyente y determinante, frenan y dificultan un mayor grado de extensión, los criterios clásicos de los Seguros Sociales han presentado dificultades de orden práctico para su extensión a las zonas rurales. Entre estas destacan las siguientes:

- a) La carencia de información estadística válida que puede servir de base tanto en la iniciación como en el desarrollo de la Seguridad Social y la falta que se observa, en general, de personal técnico actuarial en las instituciones gestoras de los Seguros Sociales.
- b) La limitación clara y concreta en relación al salario percibido y la forma de retribución salarial, hace muy difícil la ampliación del campo de la Seguridad Social a los trabajadores agrícolas, pues una gran parte de ellos percibe su retribución en forma de vivienda, alimentos, vestido, etc., siendo ínfima la parte abonada en dinero. Tal sistema motiva la exclusión automática de los que no perciben salario en dinero o bien el que percibe es insignificante.
- c) La pequeña proporción de asegurados y beneficiarios, da lugar a un gran movimiento de altas y bajas en el Seguro, lo que unido a la falta de un sistema perfecto de identificación de beneficiarios al Seguro de Enfermedad, produce una mayor utilización de los

servicios médico-hospitalarios por quienes no tienen derecho a ellos, encareciendo los costos de la seguridad social.

- d) El alto grado de morbilidad de la población asentada en zonas agrícolas marginales al Seguro.
- e) Los elevados costos que representa la organización administrativa y de los servicios médico-hospitalarios de la seguridad social, que si son permitidos entre grupos de asegurados con cotizaciones altas, no podrían mantenerse al extenderse el campo de aplicación a grupos o zonas laborales de salarios más bajos.
- f) Insuficiencia, en general, de aportaciones estatales, no sólo a los planes de extensión, sino al mantenimiento de las subvenciones iniciales.

B) *De orden médico-asistencial.*

Las dificultades en este orden vienen dadas por factores geográficos, sanitarios, sociales, de personal técnico y de medios asistenciales.

Entre los factores geográficos debemos considerar:

- a) Surgen dificultades para otorgar la asistencia médica cuando se pretende extenderla más allá de las cabeceras o núcleos de población importantes y dotados del suficiente número de médicos, así como de hospitales y consultorios, pues se tropieza con la existencia de núcleos de población dispersos y distanciados, con difíciles accesos, mal comunicados entre sí o con las principales carreteras y ferrocarriles.
- b) La no existencia de instalaciones telefónicas y telegráficas en algunas localidades dificultan la asistencia cuando hay que resolver casos de emergencia y proceder a la evaluación de los enfermos a centros de asistencia quirúrgica.
- c) Hay países donde los sistemas orográficos, altitud, regímenes climatológicos, con rigores estacionales, etc., dificultan extraordinariamente la asistencia médica, al hacer difícil los traslados de enfermos y heridos y resultar penosos y lentos los desplazamientos de los médicos para visitar a las personas afectadas que no pueden abandonar, por su estado, el domicilio.
- d) Si los lugares de trabajo distan mucho de las poblaciones donde residen las personas protegidas, éstas se ven obligadas a realizar largos desplazamientos que requieren esfuerzos físicos, que exigen a su vez una determinada capacidad de resistencia, aparte del riesgo de verse sometidas a los rigores del tiempo. Todo ello

produce un aumento de la morbilidad y una mayor demanda de asistencia médica, que hay que prever para la correcta prestación de la misma.

Entre las dificultades de orden específicamente sanitario se observa:

- a) La morbilidad, en general, las diversas enfermedades y causas de muerte varían en los países de unas regiones a otras y hay también morbilidades específicas en determinadas zonas (paludismo-brucelosis, procesos enteríticos, etc.) que suponen dificultades a la organización asistencial regular que se tenga prevista y obliga a modificar métodos y sistemas mediante los que hay que procurar una asistencia adaptada en todo a las circunstancias y características imperantes.
- b) Como consecuencia de lo indicado en el punto anterior, surgen dificultades al tener que disponer de más médicos en ciertas zonas y de medios de exploración y diagnóstico (laboratorios de análisis clínicos e instalaciones de radio diagnóstico) que no siempre pueden disponerse ni instalarse.
- c) Ofrece también dificultades la extensión a zonas geográficas amplias de carácter rural, y principalmente agrícolas, al tener que realizar obras de saneamiento de campos (desección de pantanos, disposición de aguas negras, acueductos rurales, etc.) que eviten las causas de enfermedad, ya por ser endémicas o por producirse brotes epidémicos que repercuten en la asistencia médica y hospitalaria de un modo inevitable, como asimismo en la economía de las prestaciones.

Entre las dificultades de orden social destacan:

- a) La labor de educación higiénico-sanitario entre las personas protegidas, tan recomendable como beneficiosa, se ve dificultada cuando se pretende hacer entre población de escasa cultura.
- b) Hay dificultad para prestar asistencia a los trabajadores del medio rural y agrícola debido a los movimientos migratorios ante la exigencia de justificar el derecho para ser atendido. El cambio frecuente de empresas o patronos produce también una inestabilidad del asegurado en el régimen de la seguridad social, que dificulta puedan acreditar el citado derecho en un momento determinado.
- c) En el medio rural, las condiciones de vida son, en general, inferiores a las que ofrecen los grandes núcleos de población y

centros de trabajo industriales y las situaciones de salubridad e higiene de las viviendas; las disponibilidades de agua potable, de los sistemas de eliminación de aguas residuales, etc., dan lugar a mayor movilidad que dificulta, complica y encarece el indicado medio de la asistencia médica.

- d) Las disponibilidades económicas de la familia, los regímenes alimenticios habituales, costumbres y hábitos de vida, vestido, grado de cultura, composición numérica de las familias; utilización de medios curativos no médicos (curanderismo), etc., son factores a considerar, puesto que sus derivaciones fuera de una normalidad producen en ciertos núcleos de población, principalmente la rural, estados carenciales; terrenos abonados para una mayor producción y propagación de enfermedades, etc., que repercuten en la asistencia, dificultando su normal desarrollo y aumentando la demanda de servicios.
- e) Surgen dificultades en la organización de la asistencia médica y en su normal y regular desenvolvimiento cuando en los medios laborales agrícolas se produce el hecho normal e inevitable de la sucesión de épocas de ocupación laboral intensiva, seguidas de otras de cesantía por terminar las recolecciones, ya que este fenómeno laboral produce notoria disminución de demandas de asistencia y de necesidades de hospitalización en las épocas de ocupación intensiva, y, por el contrario, la demanda de asistencia y de camas aumenta de modo extraordinario cuando el paro estacional se produce.

En relación con la utilización de personal técnico, también surgen dificultades del siguiente tenor:

- a) La tendencia de los profesionales de la Medicina a ejercer en las cabeceras de provincia o departamentos y poblaciones importantes da lugar a que se produzca una plétora de ellos en las aludidas poblaciones, mientras que se acusa su falta en localidades del interior de los países y sobre todo en el medio rural. He aquí la causa de una de las mayores dificultades con que se tropieza al pretender extender la seguridad social: la falta de médicos que presten asistencia.
- b) La escasez de médicos en ciertos sectores o zonas del país obliga a que uno o más de ellos tengan que atender desde su residencia

habitual a las personas protegidas que habiten en núcleos de población más o menos distantes de aquella, lo que dificulta una asistencia pronta y oportuna que, en casos graves, se hace más notoria, y que obliga a dotar, en ocasiones, a los médicos de medios apropiados de traslado u organizar sistemas móviles de asistencia.

- c) Dificultades para encontrar un sistema equitativo de remuneración a los médicos, que debe guardar siempre relación con el trabajo o dedicación profesional que aquellos presten al seguro social.
- d) Dificultades para poder contar, en todos los casos, con médicos preparados en prácticas quirúrgicas (además de la médica corriente) que puedan resolver casos de urgencia en lugares apartados de los centros hospitalarios.
- e) El suministro de medicamentos de toda clase se tropieza también con grandes dificultades al no haber farmacias más que en localidades importantes. Al hacer una extensión de la seguridad social hay que prever el modo de facilitar la prestación farmacéutica a los beneficiarios evitándoles desplazamientos a veces largos y costosos desde su residencia habitual a las farmacias.

C) *De orden técnico-administrativo.*

En este orden, el problema de la extensión de la Seguridad Social, tanto territorial como personal, puede ofrecer también dificultades, si no insoslayables, sí importantes, que conviene tener en cuenta al pretender dicha extensión.

Tales dificultades se refieren a la estructura de la colectividad a proteger, a las condiciones geográficas del país, a los órganos gestores, a los procedimientos administrativos y a los medios para su aplicación y al personal al servicio de las instituciones gestoras.

Entre las primeras figuran el predominio de la población agrícola sobre la industrial; la movilidad de los trabajadores agrícolas; los trabajadores incorporados a ciclos de trabajos muy cortos, la determinación de la población trabajadora autónoma y la ausencia de entidades configuradas como patronos definidos y responsables.

Entre las segundas se incluyen las relativas a las comunicaciones y la diversidad de producciones o actividades laborales.

Entre las terceras se consideran las referentes a estructura; relaciones con empresas y trabajadores e instalaciones administrativas.

Entre las citadas en cuarto lugar se exponen como de mayor entidad las que hacen referencia a la complejidad de los procedimientos, a su funcionalidad y economía, y a la mecanización.

Dentro de las últimas se incluyen las relativas a la preparación técnica, insuficiencias de plantillas, distribución y reglamentación del personal.

Al considerar estas dificultades, se ha estimado necesario ir a formular más prácticas, aunque se aparten de los sistemas clásicos.

Para llegar a estas fórmulas se han sugerido, entre otros, los siguientes criterios:

A) *Desde el punto de vista económico-actuarial.*

- a) Establecimientos de "cuota mínima", salario convencional sea cual fuere el trabajo y la forma de remuneración y siempre que ésta sea superior a la mínima necesaria para formar dicha cuota.
- b) En los trabajos agrícolas y sobre todo en los ciclos de cortos o de temporada, puede ser práctico establecer la cuota patronal sobre la base de la economía de los correspondientes cultivos. Igual sistema podría aplicarse en las pesquerías.

Los trabajadores agrícolas autónomos podrían contribuir bien en relación con la extensión y clase de cultivo, bien en proporción de la cuota fiscal abonada por ellos.

- c) La racionalización de los servicios debe contribuir a hacer automáticamente más pequeño el índice proporcional de gastos fijos. Los menores ingresos por cuotas que se obtengan sobre salarios más bajos, deben ser compensados mediante la correspondiente reducción de los costos de los servicios, tanto administrativos como sanitarios.
- d) Evitar el encarecimiento de los servicios médico-hospitalarios mediante el establecimiento de sistemas de identificación que eviten que puedan filtrarse falsos beneficiarios.
- e) Establecer un sistema sencillo de control de la cotización.

- f) Estudiar en cada caso una regulación de la Contribución del Estado en cantidades fijas que garantice más fácilmente su efectividad.
- g) Revisiones actuariales periódicas para estudiar la marcha financiera del Seguro y el comportamiento de los elementos técnicos y bases estadísticas utilizadas en el cálculo de la cuota y previsiones tenidas en cuenta.

B) *Desde el punto de vista médico-asistencial.*

Por lo que concierne a los beneficios que la asistencia médico-hospitalaria debe proporcionar ante los casos de enfermedad, accidente común o de trabajo, etc., se considera cómo podrían paliarse, al menos, algunas de las dificultades indicadas.

La escasez de médicos que, por regla general se observa, debe evitarse y remediarse mediante la ampliación del número de doctores de Medicina y Cirugía que cada año terminen sus estudios técnicos, y del número de las Escuelas o Facultades de Medicina.

Es conveniente que los médicos de las promociones más jóvenes ejerzan inicialmente fuera de las capitales o cabecera de departamento mediante la adopción de medidas que supongan un aliciente o incentivo para ello, como podrían ser:

- a) Mejorando los honorarios, con un incremento de los mismos, cuando se presten servicios a la Seguridad Social en los lugares aludidos.
- b) Procediendo a la construcción de “casas para médicos” en aquellos lugares que resulten más inhóspitos o con viviendas poco confortables.
- c) Concediendo a los médicos destacados en el medio rural, o alejados de los centros de población de importancia, períodos de licencias retribuidas que les compense de la vida aislada y con poco aliciente que su residencia habitual supone en el lugar de destino.
- d) Proporcionando medios de transporte que les faciliten los desplazamientos en el ejercicio de su misión asistencial.

- e) Preparando técnicamente un personal auxiliar de los médicos (masculino o femenino) para que presten ayuda a aquellos mediante cursos eminentemente prácticos y reducidos, con lo que la labor del médico resultaría más llevadera.

C) *En orden a medios móviles y auxiliares para la asistencia sanitaria.*

Por otro lado, es interesante procurar superar las dificultades que la falta de medios de comunicaciones suponen para una normal y oportuna asistencia, máxime cuando de casos de emergencia pueda tratarse, y así se ha sugerido:

- a) Que se dote a los médicos de aparato de radio receptores y transmisores (análogos a los del ejército) o de radio-teléfonos que faciliten la petición de socorros, medicamentos, medios de evacuación, etc., y el enlace directo con los hospitales para poder mantener conversaciones de carácter clínico.
- b) La imposibilidad material de disponer de farmacias en todos los lugares requiere soslayar la dificultad que la falta de medicamentos supone para la asistencia. Es conveniente diseñar, modelos de botiquines, establecer la lista de su contenido (tanto de material como de medicamentos), organizar su reposición y distribución así como el control del consumo, etc. Estos botiquines pueden quedar bajo la custodia de los médicos.
- c) La conveniencia de acercar la asistencia médica a los beneficiarios se ve obstaculizada por dificultades que pueden superarse mediante medios mecanizados o móviles. Estos medios pueden improvisarse o montarse de distintas maneras: mediante ambulancias — con médico y enfermera — o auxiliar sanitario masculino, que facilitará además, la evacuación de enfermos o accidentados. Pero, en la práctica suelen resultar más útiles los sistemas de montar “clínicas móviles” en autocares (convenientemente carrozados para ello), por los que se dispone de verdaderas clínicas ambulantes dotadas de medios de reconocimiento y diagnóstico, como laboratorio para análisis más precisos, aparatos de rayos X, etc.
- d) Aún se puede extender la asistencia en medios móviles más completos utilizando vagones de ferrocarril, previa su transformación y acondicionamiento en “vagones clínicas”, en los que

incluso se pueden montar departamentos para curas, enyesados, etc., equipos odontológicos, rayos X y laboratorio. Estos vagones quedan estacionados en las vías muertas de las estaciones que se determinen. en días y horas previamente fijados, y así se cuenta con un medio amplio y eficaz de prestar la asistencia a lo largo de una vía férrea en el país.

- e) Por último, en países donde su configuración geográfica lo demande y los núcleos de población asegurada se encuentren diseminados y alejados de toda comunicación regular, se puede organizar un servicio de "helicópteros" de tipo sanitario, dotados de equipos médicos con suficiente material y de sistemas apropiados para evacuar enfermos desde el interior a las bases hospitalarias.

D) *En orden a las instalaciones sanitarias.*

- a) La extensión precisa, en muchos casos, el tener que considerar los medios, con que para la asistencia se cuenta tales como consultorios y hospitales. De esta consideración han de deducirse las ampliaciones de los existentes y el planteamiento y planificación de la construcción de nuevos edificios.

En cuanto a consultorios, es aconsejable que su edificación y montaje responda a tipos arquitectónicos uniformes y estandarizados, de costo reducido, y de un funcionamiento que permita el mayor rendimiento. En su dotación ha de procurarse que puedan ser utilizados no sólo para consultas de medicina general, sino para algunas de las especialidades que ocasionen mayor número de demandas de asistencia e incluso que se puedan practicar pequeñas intervenciones quirúrgicas de carácter oftalmológico, otorrinolaringológico, traumatológico, etc., que economizan evacuaciones al hospital y ocupación de camas.

A este respecto, se ha indicado que el funcionalismo de un consultorio externo y el aprovechamiento máximo de sus unidades clínicas y salas de espera es objetivo muy conveniente siempre para obtener un rendimiento económico en su utilización y un resultado racionalizado desde un punto de vista asistencial. Persiguiendo ese fin, se ha sugerido una normalización de las unidades funcionales del consultorio, como son las clínicas, salas de espera, sala para pequeñas intervenciones, laboratorios, radio-

logía, etc., mediante el llamado “consultorio tipo”, que, sin afectar a las disposiciones exteriores del edificio, que se dejan a criterio de cada arquitecto, viene a resolver el fin indicado. También se pueden ubicar consultorios dentro de las grandes empresas y lugares de trabajo, lo que facilita la asistencia sin pérdida de tiempo para los trabajadores.

- b) Es igualmente aconsejable que los centros asistenciales quirúrgicos dotados de camas-hospitales se escalonen en razón de una menor o mayor dotación de medios, número de camas y personal técnico. Así, hospitales reducidos, avanzados, con pocas camas, para la atención de casos de emergencia que no admitan una larga evacuación pueden situarse estratégicamente en la línea de hospitales base o gran hospital.
 - c) La extensión de la asistencia puede aconsejar la necesidad de construir hospitales, previa la programación de un plan hospitalario debidamente coordinado con otros planes de edificación que puedan tener otros organismos, lo que puede hacerse teniendo en cuenta las necesidades del número de camas en relación con el número de personas protegidas por el Seguro Social. La magnitud del hospital, su capacidad, su zona de influencia y dotación de medios y personal, etc., son factores condicionados por los servicios que se calcule tenga que prestar y, sobre todo, su situación viene determinada, geográficamente, por la densidad de población y a asistir y redes de comunicación.
 - d) Pero un plan de extensión no debe detenerse por el hecho material de que la seguridad social carezca — de momento — de consultorios y hospitales, sin perjuicio de que se inicie el plan de construcción a que se alude en el párrafo anterior, pues en todos los países existe una organización asistencial a cargo de departamentos ministeriales o autónomos que disponen de los citados medios y en los que se viene asistiendo a la población no asegurada. Tales son los Ministerios de Sanidad o de Salud Pública, organizaciones de asistencia benéfica, Ordenes Religiosas propietarias de hospitales, etc., con los que se puede contratar la utilización coordinada de los centros indicados para poder llevar a efecto en los mismos la asistencia a las personas protegidas por la Seguridad Social.
- E) *En orden a la medicina preventiva, educación sanitaria y rehabilitación.*

- a) La extensión al medio rural y laboral agrícola requiere también el estudio y consideración de las endemias regionales posibles, para realizar coordinadamente con el organismo sanitario correspondiente, la medicina preventiva que las circunstancias exijan a fin de reducir la morbilidad y los costos de las prestaciones.
- b) Toda extensión es conveniente que sea aprovechada para hacer labor de divulgación y de educación higiénico-sanitaria entre las personas protegidas por el Seguro Social, por medio de publicaciones ilustradas con dibujos y figuras de fácil interpretación, carteles murales en los consultorios, etc., mediante los cuales se vaya consiguiendo un mejoramiento sanitario de la población y una disminución de la morbilidad, a la par que se ilustre a los beneficiarios de cuáles son sus deberes y derechos respecto al Seguro Social que les protege.
- c) Siendo la rehabilitación del enfermo y del accidentado la finalidad complementaria y esencial de todo tratamiento médico, es aconsejable prestar la atención debida a esta cuestión y crear los servicios apropiados dotados de cuantos medios personales y materiales son precisos.

F) *Asistentes sociales.*

Una bien encauzada y dirigida actuación de los asistentes sociales puede redundar muy favorablemente, tanto dentro del campo de aplicación que tenga establecido la Seguridad Social, como cuando se pretenda o se lleve a efecto una extensión de aquella. Con un cuerpo de asistentes sociales bien preparados e integrado por quienes sientan por vocación y compenetración con la obra la responsabilidad de la misión a cumplir, pueden soslayarse muchas dificultades y llevar al ambiente de las poblaciones protegidas por el Seguro, la enseñanza e información precisa para que los beneficiarios conozcan sus derechos y hagan de sus deberes el uso correcto de las prestaciones que se les otorgan.

II. COINCIDENCIA DE LOS ESTUDIOS Y RECOMENDACIONES DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES SOBRE LAS PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA AGRICULTURA.

La Seguridad Social de los trabajadores del campo ha constituido y constituye objeto de especial preocupación por parte de los Organismos

Internacionales especializados en la materia, en la doble vertiente de equiparación de prestaciones a los trabajadores de la industria y de los servicios, en cumplimiento de los principios de universalidad y justicia social y necesidad de que se integre al campesinado en un régimen específico con reglamentación particular, dadas las peculiares características del colectivo que lo integra.

En este sentido, a continuación se sintetizan los principales criterios y recomendaciones de los Organismos Internacionales especializados en materia de Seguridad Social, más destacados, en el transcurso de los últimos años.

A) *Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).*

La conferencia Interamericana de Seguridad Social, al igual que otras organizaciones internacionales, ha reconocido la gravedad del problema y la urgente necesidad de resolverlo, y ha recomendado constantemente la extensión de la seguridad social al campo, a través de varias resoluciones. Destacamos, entre ellas, los aspectos más trascendentes de la resolución No. 56 de 1960, muy especialmente, de la No. 59 motivada por el Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social, presentado a la VII Reunión de la CISS, celebrado en Asunción, Paraguay, en junio de 1964, bajo el título "Técnicas para la aplicación de la Seguridad Social a la población rural".

- a) Que la Seguridad Social integre en los programas generales de desarrollo económico y social y, en especial, de aquellos encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población rural y a elevar los niveles de productividad del campo, fortaleciendo el bajo poder adquisitivo de estos trabajadores.

A tal fin, las instituciones encargadas de la gestión de la seguridad social deberán intervenir en la ejecución de los planes de desarrollo, condicionando los programas de seguridad social con la adopción de otras medidas encaminadas a obtener una mayor seguridad económica y mejores condiciones de vida para el trabajador agrícola. Cabe citar entre estas medidas: crédito agrícola, reforma agraria, medidas estabilizadoras de precios, impulso y fomento de cooperativas de producción y consumo, seguros agrícolas, etc.

- b) Que los países consideren todos los factores que de alguna forma influyen en el desenvolvimiento de la seguridad social en el campo, considerando que ésta no puede realizarse satisfactoria-

mente en forma fragmentada e independiente del resto de las necesidades de la población campesina.

En este sentido no debe limitarse al sector asalariado sino que ha de comprender la amplia gama de trabajadores agropecuarios y a sus familiares y, tal vez, a otros sectores de la población rural.

- c) Que la planificación de la extensión de la Seguridad Social al campo, se ajuste a las condiciones específicas de cada país y a las tendencias de su evolución y desarrollo.

En consecuencia, en cuanto a las técnicas de aplicación de la seguridad social al campo no deben utilizarse fórmulas o soluciones uniformes para los distintos países, sino por el contrario, en cada país debe aplicarse la solución más conveniente, previo estudio de la estructura de la mano de obra rural y de sus características de empleo, demográficas, niveles de ingreso, corrientes migratorias, medidas socio-económicas en vigor, organización sanitaria y, en general, de los problemas y recursos disponibles, y, muy especialmente, de las características tradicionales de las comunidades que han de constituir la base de la organización.

- d) Que dadas las condiciones económicas y sociales de la población campesina, la falta incluso, en ocasiones, de configuración de la relación entre empresa y trabajador, y tomando en consideración la eficacia de la seguridad social como instrumento de redistribución de la renta, la financiación del costo de la seguridad social agraria no pueda ser cubierta siempre por el sector rural (empleado y empleador) sino que debe contribuir toda la colectividad a través de aportaciones estatales y participación de otros sectores más prósperos.
- e) Que se considere como meta ideal la total equiparación de prestaciones de los trabajadores del campo a las de la industria y servicios, sin que su consecución impida o perturbe la implantación de medidas parciales o planes de alcance limitado, en consonancia con las posibilidades de cada momento, especialmente cuando se refieran a la protección de salud. De esta manera se acelerará la consecución del objetivo final, además de constituir importantes logros para la población campesina y valiosa experiencia para impulsar la aplicación de una Seguridad Social total a dicho sector.

B) *Comisión Económica para América Latina (CEPAL).*

En la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas en su ciclo de sesiones celebradas en Caracas en mayo de 1967, el Secretario Ejecutivo de la CEPAL puso de manifiesto entre otras declaraciones el retraso del sector agrario, haciendo patente la necesidad de que márgenes apreciables que existen para ampliar la actividad estatal en los programas de servicios sociales, deben canalizarse de forma que se dirijan hacia ellos fondos que hoy se destinan a fines de menor prioridad, destacando como factores que se oponen al logro de estos objetivos la lentitud en las reformas estructurales y, muy especialmente en lo que se refiere a la tenencia de la tierra y a la reorganización de las actividades agropecuarias.

C) *Organización de los Estados Americanos (OEA).*

La Organización de Estados Americanos en su Resolución No. 38, resuelve recomendar al Consejo Inter-Americano Económico y Social que preste especial atención a:

- a) Los medios de ayudar a los Gobiernos a desarrollar los servicios sociales básicos en las zonas rurales, y
- b) La posibilidad de estimular el desarrollo de las facilidades especiales de adiestramiento para los trabajadores sociales, asistentes y visitantes de las zonas rurales, todo ello utilizando la colaboración necesaria mediante programas nacionales, bilaterales y multilaterales de asistencia técnica.

D) *Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).*

La Asociación Internacional de la Seguridad Social a través de su II Asamblea General de Viena en 1928 y XIII, celebrada en Londres, en junio de 1958, se ocupa de la igualdad de trato de los trabajadores agrícolas y los industriales en el seguro de enfermedad y la protección de desempleo, respectivamente.

En el primer aspecto proclama la imperiosa necesidad e interés general del seguro de enfermedad agrícola que, al mismo tiempo que mejora la salud y la situación social del trabajador del campo, es elemento esencial de lucha contra el abandono de las tierras, y conforme los principios de uniformidad de prestaciones económicas, médicas y farmacéuticas con los obreros de la industria.

En relación con la aplicación al campo de la protección de desempleo, al poner de relieve las dificultades administrativas de aplicación a este sector, indica la conveniencia:

- Que los trabajadores asalariados del campo que exploten asimismo pequeñas propiedades agrícolas deberían incluirse en los regímenes de protección contra el desempleo.
- Que las personas empleadas en trabajos de recolección u otros ocasionales pueden ser excluidas de este régimen en la medida que no estén ligadas por contrato de alquiler de servicios.
- Que los trabajadores ocasionales de la agricultura convendría consagrarles un estudio independiente al igual que se suele hacer con los trabajadores de temporada de otras industrias.

E) *Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS).*

La Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, a través del II, III y IV Congresos, con referencia concreta a la Seguridad Social a los trabajadores del campo, destaca, entre otras, las siguientes recomendaciones:

- a) La inclusión dentro del campo de aplicación de la Seguridad Social Agraria de todos los trabajadores agrícolas sujetos a un patrón o empleador y de los trabajadores rurales autónomos independientes con ingresos hasta límites determinados, así como la protección de los miembros de la familia.
- b) La reafirmación del principio de solidaridad que inspira el Seguro en orden a preconizar una equiparación de prestaciones con las de otros sectores o actividades, como meta ideal a alcanzar.
- c) La promoción de organismos gremiales y sindicatos agrarios, como factores que faciliten y aceleren la cobertura y aplicación de este régimen.
- d) La protección de la población campesina en sus aspectos sanitarios básicos, por estratos de mayor prioridad y procurando la atención hospitalaria o de consulta externa para los siniestros que disminuyan la capacidad funcional, procurando la utilización, para fines asistenciales, de los centros oficiales o privados existentes, en forma coordinada y mediante contratación de servicios.

- e) Convenir en que los criterios clásicos de aplicación de la Seguridad Social resultan en ocasiones insuficientes o inadecuados para realizar la extensión de la misma a las zonas rurales.
- f) La extensión geográfica debe tratar de ser total y cubrir progresivamente a la población trabajadora.
- g) La primera etapa debe comprender forzosamente la protección de la salud (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales), coordinando, para su eficacia, los servicios de salud en esas zonas rurales.
- h) En la incorporación de los trabajadores agrícolas a la Seguridad Social deberá tenerse presente los tres tipos clásicos existentes: fijos, eventuales y no asalariados.
- i) Efectuar estudios demográficos, socio-económicos, de comunicaciones, formación cultural, etc., para determinar los recursos personales y materiales de las zonas de extensión de la Seguridad Social, y la forma racional de utilizarlos.
- j) En las zonas rurales que no cuentan con recursos médicos deberán organizarse los servicios en conexión con el hospital más próximo, dentro de una coordinación unitaria de servicios médicos.
- k) Deberá racionalizarse la distribución del personal médico en las zonas rurales, facilitándosele medios para la capacitación adicional en medicina, cirugía, obstetricia, pediatría, etc., y estimular la preparación para su actividad en el medio rural.

F) *Organización Internacional del Trabajo (OIT).*

Muchos y muy destacables han sido las recomendaciones y proposiciones de la Organización Internacional del Trabajo, en materia de Seguridad Social de los trabajadores del campo, a través de diversos convenios y conferencias internacionales, pero creemos oportuno destacar aquí, por su trascendental importancia, el programa de seguridad social, en relación con la seguridad social a la población rural, adoptado por la VIII Conferencia de los Estados Americanos miembros de la OIT, reunidos en Ottawa en septiembre de 1966, en el que se destacan las siguientes orientaciones:

- a) Debe procurarse que las personas comprendidas por ley en los regímenes de seguridad social, lleguen a serlo realmente en la práctica. Igualmente debe ampliarse el campo legal de aplicación

de las personas protegidas, incluyendo categorías o grupos aún no comprendidos, tales como los trabajadores rurales, domésticos, a domicilio, etc., adaptando eventualmente el sistema de cotizaciones y de prestaciones a las características de tales categorías.

- b) Debe concederse máxima prioridad a la extensión de la seguridad social al ámbito rural, dando protección a las poblaciones campesinas dentro de las características propias de sus estructuras económico-sociales, mejorando el nivel de vida y cubriendo todas las contingencias que afectan a dichas poblaciones.
- c) Dentro de los programas de reforma agraria deberá considerarse la protección social de los trabajadores rurales.
- d) El objetivo debe ser la protección integral de los trabajadores rurales, *pero si fuera necesario deberían ensayarse soluciones parciales tanto en cuanto a las contingencias cubiertas como al campo de aplicación de los regímenes.*
- e) Si la Seguridad Social de los trabajadores rurales no puede autofinanciarse con recursos propios de las zonas respectivas, deberá recurrirse a la solidaridad nacional.
- f) Debe extenderse a la asistencia médica de la seguridad social especialmente fuera de los centros urbanos y con la mayor amplitud posible. Es posible establecer una adecuada coordinación entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, los de salud pública y otros servicios médicos sociales. En particular, en las zonas rurales, esta coordinación debe tender hacia modalidades basadas en la protección de comunidades o agrupaciones rurales bien definidas.

III. LAS PRESTACIONES MÉDICAS EN ALGUNOS PLANES PILOTO DE EXTENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL, A ZONAS Y COMUNIDADES RURALES.

A) *Objetivos generales.*

Son importantes las actuaciones emprendidas por varios Gobiernos de países Iberoamericanos en estos últimos años, en materia de seguridad social. En lo que tiene relación con el tema de esta Ponencia, conviene señalar cuáles han sido los objetivos en aquellos programas concretos

en los que ha cooperado la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

1º—Se trata de llevar a efecto realizaciones concretas y parciales en sectores diversos del país que puedan servir de base experimental, para la progresiva incorporación de la población campesina de la seguridad social.

2º—La protección debe alcanzar a toda la familia campesina que pertenezca a una entidad natural representativa (comuna, unidad empresarial rural, comunidad, cooperativa, cabildo, etc., etc.).

3º—En materia de prestaciones, hay que someterse a determinados condicionamientos fundamentales:

- a) Que tiendan a cubrir inicialmente necesidades básicas.
- b) Que estas necesidades básicas sean las que exijan más urgente atención.
- c) Que la correspondencia entre prestaciones y necesidades básicas pueda crear un clima favorable para la adhesión del campesinado a una aplicación al mismo, gradualmente progresiva de la seguridad social. Así como en los sectores de la Industria y de los Servicios, la receptividad de los beneficios de la seguridad social, es excelente, en el sector campesino no pasa igual. En el primero su nivel cultural superior, su mayor apertura a fórmulas que resuelvan los problemas sociales, hacen que su población no sólo acepte, sino que exija la protección de la seguridad social, como una conquista irrenunciable del mundo del trabajo. En el sector campesino la mejor disposición suele ser la indiferencia expectante; a veces hasta se recibe la protección con cierto grado de desconfianza, que puede llegar a la hostilidad.

De ahí la necesidad de que, por todos los medios, se haya de buscar la adhesión de la población campesina a los planes de aplicación de la seguridad social.

- d) Se buscan prestaciones que no frenen la expansión económica que constituye la meta de todos los sectores de la economía. Si es posible, más bien, que la impulse. Las prestaciones de promoción, defensa y recuperación de la salud, así como la rehabilitación de inválidos, constituye la protección que mejor cumple estas exigencias.

4º—En el aspecto económico, el principio de solidaridad nacional, fundamento de la Seguridad Social, presenta un matiz especial y acentuado, cuando se aplica a la población campesina.

Es un hecho universalmente comprobado y admitido el de que el sector campesino es un sector deprimido. En él podemos encontrar una primera razón para justificar la necesidad de que los restantes sectores de la sociedad, se entiendan solidarios con el sector campesino, y aporten una ayuda encaminada a disminuir distancias y homogeneizar posiciones relativas.

El deber de solidaridad afecta a todos, haya o no haya razones añadidas que hagan, como en este caso, más imperativo su cumplimiento. Pero es que, a mayor abundamiento, se pueden invocar razones de justicia que confirmen y afiancen la necesidad de acudir en ayuda del sector campesino. Se da en el mundo de hoy, una serie de hechos, en las relaciones de la población campesina con la población restante, por virtud de las cuales ésta última resulta beneficiada, a costa de aquella por muy paradójico que parezca. Se pueden señalar:

- a) Mecanismo de precios.—Por ser de primera necesidad los productos campesinos, todos los gobiernos presionan especialmente sobre sus precios, no permitiendo que se desenvuelvan en el libre juego de la oferta y la demanda.
- b) Los esfuerzos de expansión económica que se hacen promovidos y estimulados por el Estado y sus instituciones integrantes, se acumulan en mayor proporción a favor de la industria.
- c) Por razones de situación geográfica entre otras, la enseñanza en general está mejor atendida en las zonas urbanas que en las rurales.
- d) Los movimientos migratorios de la población rural hacia la industria, comercio y servicios constituyen, generalmente, otra aportación que perjudica aquella y beneficia a éstos, por cuanto suelen emigrar los más jóvenes — capacitados y decididos.

Por aplicación del principio de solidaridad y por deber de justicia, ha de orientarse, pues, una ayuda decidida y eficaz a favor de la población campesina. Y pocas ocasiones de canalizar esa ayuda ofrecen mejores ventajas que las que presentan la extensión de la Seguridad Social a los Campesinos.

La ayuda procedente del Estado, dada por sí mismos, principalmente, pero también completada por la que pueden obtenerse del seguro social general, y de las instituciones y corporaciones oficiales que estén relacionadas con este sector, tiene que ser importante.

En este caso el Estado, como en tantas ocasiones más, ayudaría a poner en marcha algo que los hombres o las instituciones por sí solas, no pueden hacer. Pero con ello colaborarían eficazmente en la consolidación y fortalecimiento de una infraestructura, definitiva para la economía nacional, como es el sector agrario.

5º—En el aspecto administrativo, las comunas, haciendas o explotaciones agrícolas y en general cualquier entidad natural o legal sobre la que haya de construirse el esquema de aplicación de la seguridad social campesina, se harán responsables en forma global de las obligaciones de sus miembros y de su colaboración en el otorgamiento de las prestaciones.

Para el proceder a la atribución de esas funciones y responsabilidades a cargo de las entidades indicadas, se realizará una confrontación práctica tanto de la favorable disposición de las mismas, como de sus condiciones intrínsecas que resulten necesarias para ser viable la aplicación de la seguridad social.

B) *Campo de aplicación.*

El campo de aplicación de la seguridad social a la zona campesina, tiene unos perfiles muy especiales también.

En los Sectores de la Industria, del Comercio y de los Servicios, la profesionalidad y la dedicación de los hombres a los trabajos por cuenta ajena, están suficientemente definidos. En cambio la población campesina se caracteriza por la realización de trabajos diversos, eventuales y dispersos, en labores de todas clases, aunque sean predominantemente agrarias, lo que no excluye otras, tal como la pesca, que se realiza por auténticos campesinos.

Por otra parte, los sectores geográficos sobre los que se puede iniciar la protección de la población campesina, normalmente carecen de todo lo necesario para poner en marcha esa protección. No hay una organización administrativa suficiente ni, menos aún, personal técnico ni facultativo, ni instalaciones, ni posibilidad a su alcance inmediato, de montarlas con medios propios, aunque se tratase de las más elementales.

Todo ello nos conduce a un condicionamiento rígido en cuanto se trata de definir el campo de aplicación. No caben distinciones técnicas, ni discriminaciones más o menos lógicas. Aquí lo lógico tiene que ser, y es, que la protección se otorgue a todas las personas que componen el grupo protegido y a cuantas otras se encuentren unidas a éstas por vínculos de dependencia familiar.

Así, el campo de aplicación de la Seguridad Social campesina está constituido por grupos completos de población que constituyen entidades o asociaciones, con tal de que las personas que las integran figuren inscritas en los padrones o censos respectivos.

Asimismo, la protección se ha de extender a todas las demás personas que constituyen la familia o convivan con aquella, de la que son titulares los trabajadores integrantes de las entidades que los agrupan (comunidades, cooperativas, cabildos, haciendas, explotaciones agrarias en general, etc.).

C) *Prestaciones médicas.*

En los Planes Piloto que se han implantado en diversos países de Iberoamérica se atienden en el aspecto médico las siguientes prestaciones:

a) Promoción de la salud.

Ficha médica de todas las personas protegidas.

Ficha de investigación social del grupo familiar.

Asistencia de visitadores sociales en forma periódica.

Educación sanitaria orientada a la mejor utilización de los recursos existentes y a despertar en la población hábitos y actitudes propicias para que el estado de bienestar integral sea realizado.

Educación familiar realizada por el médico y su equipo.

Educación materna para higiene y alimentación.

Saneamiento ambiental: dotación adecuada de servicios de agua, desagüe, disposición de residuos, control de sectores, control de condiciones higiénicas de establecimientos públicos, condiciones para la manipulación de alimentos, condiciones mínimas de la vivienda.

Control de adiestramiento y supervisión de empíricas.

Información estadística sanitaria.

b) Protección de la salud.

Reconocimientos médicos.

Inmunizaciones en general.

Servicios encaminados a promover el desarrollo normal de los lactantes, preescolares y escolares.

Control de enfermedades transmisibles.

c) Recuperación de la salud.

Desde la más pequeña curación hasta la más alta cirugía.

Asistencia obstétrica que comprenderá la prenatal, la del parto y puerperio, tanto domiciliaria como de hospitalización.

Atención médica del niño.

Atención médica general y especializada a domicilio y en Centros asistenciales. (Postas, policlínicos, hospitales).

Servicio de farmacia.

Provisión de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

d) Rehabilitación.

Prevención de invalidez.

Readaptación funcional y social.

Servicios de odontología.

D) *Forma de otorgar las prestaciones.*

La asistencia médico farmacéutica se dispensa a todas las personas que componen las familias integradas en las comunidades, cooperativas, explotaciones agrarias, haciendas, cofradías, cabildos o asociaciones en general incorporadas al Plan e inscritas en el respectivo censo.

La prestación de asistencia médico farmacéutica, se facilitará en la extensión que se haya señalado en el Plan Piloto y para poder beneficiarse de ella, será necesario, reunir los requisitos y cumplir las condiciones exigidas por la Seguridad Social.

La gestión de las prestaciones médicas del Plan Piloto, deberá ser llevada al cabo por el Organismo Gestor de la Seguridad Social y, precisamente a través del correspondiente Departamento Médico, el cual podrá concertar la colaboración de aquellas entidades públicas o privadas que se encuentren en condiciones de desarrollar sus actividades en el ámbito campesino.

Para el otorgamiento de las prestaciones médicas en el sector geográfico habitado por la población protegida, la comuna o entidad o asociación en la que aquellas se encuentren integradas, contribuirá aportando un local con destino a dispensario rural que será equipado y atendido por el Departamento Médico de la Seguridad Social, el cual además, organizará los elementos necesarios para otorgar los servicios de especialización y hospitalización en los centros médicos, propios o concertados, más próximos.

IV. CARACTERÍSTICAS MÁS DESTACADAS DE LAS EXPERIENCIAS LLEVADAS AL CABO.

La asistencia médica a las zonas rurales y comunidades es uno de los aspectos que demuestran con mayor claridad la transformación a que hay que someter el seguro social clásico para lograr viabilidad en la protección social de la población campesina.

Hablar, pues, de seguridad social en el campo implica romper moldes clásicos y operar con criterios nuevos. Uno de los factores que mejor lo reflejan es el de la asistencia médica.

En efecto, la asistencia médica no puede ser en la Seguridad Social del campo el instrumento clásico de atención parcial sino una política total de atención de la salud.

No pretendemos con esto entrar en el terreno doctrinal definitivo de la salud, sino apoyarnos en un concepto práctico de considerar la salud como un "bien" inherente al hombre y que éste tiene el deber y el derecho de conservar y que la sociedad en que este hombre vive tiene a su vez un deber y un derecho de carácter comunitario y social de garantizarlo como bien colectivo.

En esta línea, el cuidado de la salud se convierte en un objetivo integral de la seguridad social, en el que las prestaciones médicas individualizadas (enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) o parcializadas (curativas, preventivas, rehabilitadoras) borran sus fronteras, se integran y forman un instrumento único de atención de la salud.

De ahí que sea interesante la determinación de las características que presentan algunas experiencias en zonas y comunidades rurales.

A) *Aplicación a grupos completos.*

La primera característica (y ésta afecta por igual a todas las prestaciones de la seguridad social campesina) es la de operar en función de grupos, sectores, colectividades o comunidades completas.

La preocupación clasista de seleccionar con minuciosidad los trabajos de las áreas rurales para precisar el grado de relación del trabajo con el hecho físico del campo para extraer y separar a los que están trabajando encima de la tierra o totalmente vinculada a ella, presenta dificultades prácticas que en ciertos países o en estructuras basadas en

el desarrollo de empresas agrícolas han podido ser resueltas; pero, que en otras zonas rurales y comunidades menos desarrolladas, más complejas en sus estructuras o más comunizadas resultaría prácticamente imposible.

De ahí se deduce que si bien en unos casos como en España ha podido llegarse a seleccionar del medio rural a los trabajadores que efectúan físicamente labores agrícolas o ganaderas y agruparlas en dos grandes colectivos (trabajadores por cuenta ajena y trabajadores por cuenta propia) con una aplicación de prestaciones médicas distintas para cada grupo, en otros como Perú, Ecuador, Bolivia, Brasil, etc., existirán posibilidades de efectuar tal selección en las grandes empresas agrícolas; pero, resulta difícil llegar a tal selección, en zonas rurales diseminadas o en comunidades donde existen o pueden existir en una misma persona o familia trabajos por cuenta ajena, trabajos por cuenta propia y trabajos comunitarios.

Esta realidad incuestionable es la que han aconsejado las experiencias prácticas basadas en el criterio realista de operar por grupos o comunidades rurales completas, sin pretender discriminar matices laborales que se presentan muy complejos y que por otra parte no justificarían la excepcionalidad o la disminución del grado de protección.

De esta manera las experiencias van poniendo de manifiesto que más que una seguridad social estrictamente de trabajadores del campo, se trata de la aplicación de la seguridad social a zonas y comunidades rurales consideradas en la totalidad de la población que la integra.

B) *Carácter familiar.*

La asistencia médica en la zona rural o en el trabajo campesino presenta serias dificultades para iniciarse como se ha iniciado en muchos países americanos protegiendo exclusivamente al trabajador cabeza de familia y en grado muy limitado a la esposa (Maternidad) y a los hijos (atención, lactantes o hasta los dos años).

Aquí podríamos repetir que donde ha sido posible diferenciar a los grupos laborales por cuenta ajena y cuenta propia hubieran podido llegar a fijarse también criterios limitativos al menos en las fases iniciales. Pero ya hemos visto que en las zonas rurales de muchas áreas geográficas americanas esto es imposible.

En consecuencia, las experiencias que en este sentido se han hecho demuestran que, aún en países donde su Seguro Social tiene

limitada su asistencia médica o las cabezas de familia, al enfrentarse con planes de extensión de la Seguridad Social a zonas rurales y comunidades agrícolas han tenido que actuar con una atención médica de carácter familiar, lo cual no sólo no puede perturbar la protección limitada que se otorga por el Seguro Social clásico sino que influirá lógicamente para que éste último no se quede estancado y acelere su proceso hacia la cobertura familiar que los postulados de la moderna Seguridad Social ya preconizan por imperativos de conveniencia social y exigencias de justicia.

C) *Carácter convenido de la seguridad social.*

Se parte, por supuesto, de que la Seguridad Social o es obligatoria o carece de eficacia. Sin embargo, sin desvirtuar el principio de obligatoriedad que le otorgan las disposiciones legales, ha sido muy importante que la aplicación de una experiencia concreta no se ha “impuesto” sino que por el contrario se haya “convenido” con la comunidad rural correspondiente.

De esta manera, la experiencia ha respondido al deseo y a la firme voluntad de los interesados, la cual se ha formalizado siempre en un contrato firmado entre el organismo de Seguridad Social y las personas de la comunidad.

Las obligaciones y derechos aparecen así convenidos, concertados y puntualizados recíprocamente por cada parte: comunidad y organismo del seguro.

El resultado de esta experiencia, la consideramos altamente favorable por cuanto el carácter imperativo de la Seguridad Social se ve reforzado por la adhesión contractual de las comunidades interesadas, las cuales atribuyen gran importancia al hecho de estampar la firma de compromiso suya y del organismo de la seguridad social a un documento que garantiza aquellos derechos y obligaciones.

Por eso, estas experiencias incorporan el matiz nuevo de tratarse de una seguridad social convenida.

D) *Sentido integral de la prestación médica.*

Las prestaciones médicas diferenciadas por los llamados “riesgos” de los clásicos seguros sociales sufren también con la prestación médica de la seguridad social a zonas y comunidades rurales una profunda y renovadora transformación.

Las prestaciones médicas del seguro de accidentes del trabajo, de Enfermedad o Maternidad, de Enfermedades profesionales son superadas para integrar una sola prestación médica que abarca toda la atención de la salud.

Así, primera faceta de esta prestación es el consejo y la educación sanitaria para que las personas protegidas por la seguridad social se comporten en su actuación individual, laboral, familiar y social de tal manera, que aún con toda la sencillez de su vida habitual ésta adquiera hábitos y efectúen labores cada vez con mayor educación sanitaria, que redundará en beneficio propio y beneficio del mejor nivel sanitario de la comunidad rural.

La segunda faceta de la prestación médica es la prevención, entendiéndose por tal desde la higiene y la profilaxis individual, habitacional y laboral hasta los reconocimientos sistemáticos de la población protegida.

La faceta curativa se libera de la compartimentación de los “riesgos” y actúa con unidad de acción médica lo que no está reñida con la especialización en relación con determinadas dolencias o tipos de enfermos.

Por último la rehabilitación médica ya deja de ser una prestación independiente para constituir parte paralela y final de todo proceso curativo.

La prestación médica de la seguridad social al actuar en la zona rural adquiere todo el sentido integral de las cuatro facetas mencionadas y resulta inconcebible que puedan compartimentarse y menos aún contraponerse o superponerse, lo cual significa, en el mejor de los casos, pérdida de eficacia en cada una de las facetas protectoras.

En consecuencia, constituye característica propia de las experiencias piloto de la prestación médica en la extensión de la seguridad social a comunidades y zonas rurales, el hecho de la unidad e integridad de los aspectos que constituyen el cuidado de la salud de la población protegida.

E) *Adecuación de los medios a la realidad.*

Resulta verdaderamente difícil actuar adecuando los medios funcionales a la realidad sobre la cual se opera.

Cuando se planifica una función ésta suele concebirse sobre la mejor técnica instrumental que se ha logrado en el desarrollo de la seguridad social.

Así, cuando se ha querido planificar la seguridad social al campo, se ha tratado de utilizar el esquema conseguido en áreas urbanas o en la ciudad. En teoría parece lógico. En la práctica no siempre lo es.

Al plantearnos el hecho de planificar, por ejemplo, la asistencia médica a zonas y comunidades rurales, puede darse una falta de equilibrio o proporcionalidad de medios afines.

El fin esencial en este caso es iniciar una acción sanitaria en un medio ambiental concreto y distinto incluso, según las zonas diversas de un mismo país. El estudio de este medio concreto sobre el que se va a operar es factor decisivo para calibrar luego el nivel de medios con que debe operarse.

En consecuencia, las realidades concretas determinan los medios adecuados y esta es una característica esencial que se observa en las experiencias emprendidas.

F) *La prestación médica en las zonas y comunidades rurales no es una función aislada sino la ramificación de la prestación médica general del país.*

Otra característica que presentan las experiencias iniciadas, y esto tiene valor universal, es que la prestación médica no puede concebirse en las zonas y comunidades rurales integrando servicios independientes, con personalidad y autonomía propios.

La prestación médica, en el orden funcional es una extensión ramificada de los servicios médicos generales del país considerados en un conjunto y por consiguiente la Seguridad Social, ya sea con su red de servicios propios, si los posee o utilizando los servicios públicos o privados en forma concertada, integra esta acción sanitaria rural en el esquema general de sus funciones.

De esta manera los costes de estas ramificaciones son siempre costes relativos y complementarios que no pueden ser considerados como factores absolutos sino marginales de un conjunto que, en sí mismo, es probable que debieran ser mantenidos.

Los costes, por ejemplo, de un hospital que tiene un índice bajo de ocupación, bajan considerablemente cuando este índice de ocupación va subiendo. La extensión de la prestación médica a zonas y comunidades rurales, en algunos casos, está potenciando el aprovechamiento y la utilización de hombres, servicios y espacios que debían igualmente ser mantenidos sin obtener de ellos todo el rendimiento posible.

De ahí la característica de que la prestación médica deba ser considerada una ramificación de la prestación médica nacional de la Seguridad Social y su evolución económica pueda hacerse con el criterio de corte marginal de servicios y con el criterio de que muchos servicios ya existían aunque con inadecuados rendimientos.

G) *Escalonamiento y elasticidad de los centros y servicios médicos para las zonas y comunidades rurales.*

Hemos dicho anteriormente que las experiencias efectuadas nos ponen de relieve la conveniencia de adecuar los medios a la realidad que se trata de proteger y que la prestación médica en el caso de zonas y comunidades rurales es una ramificación de los servicios que integran la prestación médica general del país.

La consecuencia práctica de estos criterios es que los servicios que han de atender la prestación médica al campo deben ser ordenados y utilizados en forma escalonada y elástica.

La idea de que todas las funciones tienen su propia geografía adquieren en este caso toda su fuerza.

De una parte, los centros que se utilicen han de responder geográfica y funcionalmente al fin, volumen y ambiente en que han de actuar.

Partiendo de las ramificaciones últimas, las experiencias utilizadas ponen de manifiesto la necesidad de que el dispensario rural responda en su organización a las necesidades que tenga que cubrir, al volumen de personas que tenga que atender y al ambiente habitacional de la comunidad. No existe, pues, esquema prejuzgado que aplicar, sino la habilitación del dispensario que conviene a la necesidad que se trata de atender.

Así vemos en el orden experimental como en lugares donde la comunidad habita en chozas al aire montadas sobre palos, el dispensario ha podido habilitarse en chozas de este mismo estilo y en comunidades donde las casas son de adobe y cal, el dispensario ha respondido a la misma característica.

Pero, incluso en estos casos, las experiencias ponen de relieve que juegan mucho los factores humanos. La Seguridad Social no es ni debe ser nunca y menos en el medio rural, un servicio montado y atendido desde servicios centralizados sin participación de los interesados.

El criterio que se ha mantenido en las experiencias efectuadas ha sido el de que las comunidades deben aportar físicamente el local en que debe encontrarse el dispensario rural. Si la comunidad vive en chozas, deben aportar una choza, y si viven en casas de adobe y cal una de dichos materiales, si viven en casas de piedra o ladrillo una casa del mismo tenor.

Puede que obtengan ayudas estatales o no, o que incluso les coopere la propia seguridad social, pero, el hecho básico del esfuerzo que supone que la comunidad aporte el local y se ocupe después de su conservación y mantenimiento es un factor positivo de compenetración y valoración de la seguridad social que se les va a aplicar.

Entonces la institución que lleva al cabo la extensión dota de equipo al dispensario que la comunidad le ha proporcionado.

Que esto es una organización modesta y sencilla es cierto; pero responde plenamente al medio a que se aplica y su coste económico, es la línea de posibilidades prácticas para llevar al cabo con éxito las experiencias en curso.

El enlace de los dispensarios rurales con las unidades de atención más especializadas e incluso hospitalarias, es una cuestión de transporte resuelta en la mayoría de los casos por el transporte corriente y en contadas ocasiones por transporte especializado de ambulancias.

H) Adecuación del personal de los servicios médicos

Al escalonamiento y elasticidad de los servicios que han de atender la prestación médica, las experiencias ponen de relieve notas paralelas y especiales en relación con el personal.

Así han debido estudiarse las funciones de tal forma que en ocasiones está justificada la permanencia de médico y en otras la función permanente ha podido ser cubierta por enfermeras obstétricas adecuadamente preparadas y visita periódica del médico desde las unidades más cercanas.

En cualquier caso, el hecho de que el médico o la enfermera permanente puedan ser de la propia comunidad o zona, se ha demostrado como un factor de extraordinaria importancia.

Y, por supuesto, un elemento humano que ha demostrado su eficiencia en el desarrollo de los programas experimentales es el de la trabajadora social, la cual contribuye poderosamente a la compenetración de la comunidad con la prestación médica y especialmente a la promoción de programas constantes de educación e higiene sanitaria de tan vital importancia para las zonas rurales.

V) CONCLUSIONES

Las experiencias en curso ponen de manifiesto:

- 1º—La viabilidad práctica de aplicar la prestación médica a zonas y comunidades rurales por métodos sencillos, adecuados al medio y a bajos costes.
- 2º—La conveniencia de evaluar periódicamente las experiencias para estudiar su desarrollo práctico para ir acomodando cada vez con mayor eficacia los medios utilizados y valorar con mayor precisión y sentido realista los costes y la distribución del mismo entre las partes interesadas.
- 3º—La necesidad de que el Estado ya sea directamente ó a través de la seguridad social general contribuya a los programas de extensión de la protección a las zonas y comunidades rurales con objeto de fomentar el desenvolvimiento de los sectores de infraestructura de los países.
- 4º—La utilidad de divulgar a través de todos los organismos internacionales interesados en la seguridad social, las experiencias que se efectúan en los diversos países como forma práctica de estimular el interés general de extender la prestación médica de la seguridad social a los millones de familias que hoy viven en zonas y comunidades rurales en América.