

||
**SEGURIDAD
SOCIAL**

||
Revista
de la

Asociación
Internacional
de la
Seguridad
Social



Conferencia
Interamericana
de
Seguridad
Social



**SECRETARIAS GENERALES DE LA A.I.S.S. Y DE LA C.I.S.S.
EDITADA EN MÉXICO. D. F.**

PASEO DE LA REFORMA 476 - 60. PISO

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios 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.

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO V

SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1956

No. 23

I N D I C E

El Seguro Social Mexicano para los trabajadores del campo (I.M.S.S.)	Pág. 5
Información básica presentada por la Caja Dominicana de Seguros Sociales para el estudio de la Seguridad Social Agrícola. (C.D.S.S.)	24

LEGISLACION

EL SALVADOR	Reglamento para afiliación, inspección y estadística del Instituto Salvadoreño del Seguro Social	42
MEXICO	a) Reglamento de los servicios de habitación, previsión social y prevención de invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social	49
„	b) Reglamento de las casas de la Asegurada	55
„	c) Club de Aseguradas.	65

ESTADISTICA

ECUADOR	77
PANAMA	79

NOTICIAS DE SEGURIDAD SOCIAL

A) Internacionales

Firma de Convenio Hispano-Italiano sobre Seguros Sociales	81
---	----

B) Nacionales

ARGENTINA	Nuevo Delegado Titular ante el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.	82
CHILE	Constitución de la Asociación Chilena de Seguridad Social	82
GUATEMALA	Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centro América, México y el Caribe.	83
EL SALVADOR	Nueva Legislación en materia de riesgos profesionales. ...	84
MEXICO	El Seguro Social en el Informe Presidencial del Ejercicio 1955-1956.	84

BIBLIOGRAFIA

Manual de Geomédica Mexicana Prof. Miguel Huerta. Pág. 285 México 1955 ...	87
Normas Nacionales de Números de Registro de Patrones y Asegurados Prof. Miguel Huerta, 220 Pág. - México 1955.	87

EL SEGURO SOCIAL MEXICANO PARA LOS TRABAJADORES DEL CAMPO

La Constitución de Querétaro promulgada en 1917 apunta en la fracción XXIX de su Artículo 123, la creación de cajas de seguridad social entre los objetivos tendientes a elevar el estandard de vida del trabajador en todos sus aspectos: "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos".

El Seguro Social Mexicano toma realidad en el año de 1943 y su principio, azaroso como el de toda institución innovadora, marca una meta nueva en nuestra historia: la protección del trabajador a base de la previsión del Seguro.

El Artículo 6º de la Ley del Seguro Social prevee la protección de los trabajadores agrícolas: "El Poder Ejecutivo Federal, previo estudio y dictamen del Instituto, determinará las modalidades y la fecha en que organice el Seguro Social de los trabajadores al servicio del Estado, de empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales y eventuales. Estas categorías de trabajadores se determinarán conforme a lo prevenido por las leyes respectivas".

El Artículo 100 prevee también el extender sus beneficios a los ejidatarios: "El Instituto podrá contratar colectivamente, con los ejidatarios y los miembros de las comunidades agrarias, los seguros de accidentes, de enfermedades y de maternidad".

México ha iniciado, en relación con la implantación del Régimen de Seguridad Social en el Campo, el cumplimiento de las recomendaciones emanadas de la Conferencia de Seguridad Social celebrada en Santiago de Chile en 1942; de la Segunda Conferencia de Seguridad Social celebrada en Río de Janeiro en 1947 y las conclusiones de su propia ponencia, presentada ante la Cuarta Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en 1952 en esta Ciudad, y que fueron aceptadas por ella.

PANORAMA DEMOGRAFICO SOCIAL DEL CAMPO MEXICANO

Tomando como base el censo de población levantado en el año de 1950, México tenía una población de: 25.742,029 habitantes, de los

cuales, 16.805,280 estaban catalogados como población rural; esta población representa el 65% del total.

Siguiendo las informaciones de dicho censo, existían en nuestro medio rural 117,617 poblados entre haciendas, fincas, ejidos, ranchos y rancherías, los cuales representaban el 88.7% del total de 132,650 existentes en el Territorio Nacional.

Continuando el análisis de los datos del censo en cuestión, encontramos que en México existían 5.017,636 personas que desarrollaban trabajos agrícolas y ganaderos, fundamentalmente formados por dos grupos:

Peones y jornaleros 2.070,180; ejidatarios 1.767,145, dando un total de 3.837,325 personas, equivalentes al 76.5% del total que se dedican a labores agrícolas. Salta a la vista la importancia que para los planes del Seguro Social representan esos dos grupos, si consideramos que son núcleos sociales económicamente débiles.

Para la misma fecha, el índice de natalidad en México es de 44.4 por cada mil habitantes, uno de los más altos, no sólo en América sino mundial.

Así como México tiene uno de los índices de natalidad más altos, característica de los pueblos jóvenes, desgraciadamente también es poseedor de los índices de mortalidad más elevados: 16.2, promedio general, por cada 1,000 habitantes. Con los mismos datos tomados del censo de referencia, encontramos que un 47.6% de las enfermedades fatales, no fueron diagnosticadas médicamente, lo que equivale a que, casi el 50% de esos enfermos falleció sin auxilios médicos durante el desarrollo de su mal.

En el medio rural, sólo el 20% de las enfermedades fatales fueron diagnosticadas, en comparación del 80% de diagnosticadas en el medio urbano. Esto quiere decir, que el medio rural ha estado hasta ahora privado de una atención médica eficaz.

Si la mortalidad general es alta, la mortalidad infantil es pavorosa; pues de las defunciones registradas en el año de 1948, el 51% corresponde a niños con edad hasta de nueve años.

El número de médicos en la República es insuficiente para atender las necesidades de sus habitantes. Además, existe mayor número de médicos y profesionistas conexos de la medicina en los medios urbanos, que pueden garantizar a dichos profesionistas ingresos más o menos elevados, mejores medios de vida y comodidades que en el medio rural son difíciles de obtener.

México confronta el problema de la insuficiencia y de la distribución inadecuada de sus médicos.

Las consecuencias de esta situación han gravitado siempre sobre la Asistencia Pública, la que necesitaría disponer de enormes recursos para que su función estatal pudiese rendir el fruto requerido.

La implantación del Seguro Social en el medio rural, se enfrenta además a estos múltiples problemas: la gran dispersión de los núcleos a los cuales se trata de proteger; la pobreza del medio ambiente en que se va a actuar, a base de crearse nuevas necesidades que requerirán nuevas satisfacciones las malas condiciones de higiene que prevalecen en la inmensa mayoría de nuestros poblados, aún en los renglones de las necesidades sanitarias mínimas, tales como el agua potable y avenamiento, a lo cual hay que sumar el enorme grado de analfabetismo.

La instauración del Seguro Social encuentra además la decidida oposición, por parte de algunos patrones quienes consideran que un régimen de seguridad social eleva sus costos, sin considerar que ese costo adicional aparente, significa entre otros beneficios el aumento de su producción al contar con hombres sanos y por ello fuertes para las tareas que la misma requiere, además de lograr el mayor arraigo de sus trabajadores.

El éxodo de nuestros trabajadores rurales hacia el extranjero, es problema que se agudiza y reclama una urgente solución; las labores agrícolas de la República Mexicana comienzan a sentir la falta de brazos, amén de los desequilibrios demográficos que esa huída trae aparejados. En el año de 1954 la emigración de trabajadores mexicanos contratados para labores agrícolas, en un solo país, alcanzó la cifra de 350,000.

Creemos que esta emigración podrá ser detenida en una gran parte, cuando la población rural encuentre en sus sitios de origen, mayores seguridades para su vida presente y futura.

CONSIDERACIONES PREVIAS AL ESTUDIO DEL REGIMEN DE SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Tomados en consideración los antecedentes expuestos, por acuerdo del Sr. Presidente de la República, Dn. Adolfo Ruiz Cortines, el Sr. Lic. Antonio Ortiz Mena, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, inició la planeación de este nuevo servicio. Al efecto se procedió a reglamentar el Artículo 6º de la Ley del Seguro Social en el aspecto relativo a los trabajadores del campo.

Para iniciar la obra del Instituto consideró necesario el delimitar una zona que, por sus características, garantizara la operabilidad del sistema: Número de población amparable suficiente; vías de comunicación que permitiesen un fácil acceso a los suministros y las prestacio-

nes médicas; núcleos importantes de campesinos organizados; áreas considerables de tierras en explotación; cultivos remuneradores con garantía en sus ciclos agrícolas, en función de sistema de irrigación; instituciones refaccionarias, tanto oficiales como particulares, que pudiesen cooperar con el I.M.S.S. en el aspecto de la recaudación de cuotas; en fin, bases todas ellas que hicieren posibles las tareas de organización administrativa y médica, en un sano financiamiento del Régimen del Seguro.

Después de múltiples escarceos en diferentes zonas de la República, la Comisión que estudió los Valles del Yaqui y del Mayo, presentó conclusiones, cuyo resumen se exponen en este trabajo.

TENTATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA MEDICO RURAL

En 1936, se inició el Servicio Social Obligatorio para los Pasantes de Medicina dependientes de la Universidad Nacional Autónoma de México, con un ciclo de ejercicio de seis meses obligatorios, en poblaciones rurales menores de 5,000 habitantes, o alejadas de centros de población que contaran con servicios médicos.

Un porcentaje muy considerable de esos nuevos profesionistas, una vez obtenido su título han ido a radicarse al lugar donde realizaron su servicio social, constituyendo un alivio en la distribución justa de los servicios médicos privados.

En un intento de llevar al campo el auxilio de la medicina, se establecieron los Servicios Ejidales Rurales Cooperativos, cuyo sostenimiento a la fecha es financiado por una aportación de la Secretaría de Salubridad y por los ejidatarios jefes de familia.

Estos servicios constituyen el antecedente de la implantación del Seguro Social en el campo.

MEDIO FISICO

Delimitación Geográfica:

La zona costera del sur de Sonora se consideró propicia para iniciar la obra del Seguro Social Campesino en México. Forma una unidad homogénea desde el punto de vista del medio físico, demográfico y económico.

Clima:

La faja costera de la porción estudiada, puede clasificarse como de clima caliente, del tipo "estepas", excepto su parte oriental, la cual puede clasificarse como templada subtropical de altura, extremosa, bajo

la influencia preponderante de la altitud.

El período de lluvias está perfectamente definido: principia en el mes de junio para terminar en septiembre u octubre. La precipitación media anual varía de 500 mm. a 750 mm.

Las temperaturas máximas, alcanzan hasta 46°C. en la costa y 38°C. en la parte alta. Las temperaturas mínimas extremas hasta 2°C. bajo cero en las partes altas y 6°C. en la costa.

El período frío en la parte alta, es entre los meses de noviembre y marzo, registrándose heladas y nevadas. Las heladas tempranas se presentan en el mes de octubre y las tardías en el mes de abril.

La base de la vida económica de esta región descansa en un elemento esencial: las aguas de riego. Dentro de esta zona hay 3 cuencas importantes y una secundaria cuyos caudales alimentan sendos sistemas de riego.

Cuenca del río Sonora:

Con una superficie de 24,815 km.² forma las reservas que guarda la presa "Abelardo Rodríguez", cuya capacidad es de 250 millones de m.³ y riega hasta 14,000 hectáreas. Hacia la costa, son las aguas del subsuelo que este mismo sistema alimenta, las que dan vida a 92,500 hectáreas de cultivos, con un caudal procedente de 465 pozos perforados, que dan un promedio de gasto de 143 litros por segundo, o sea un gasto total de 66,495 litros por segundo para todo este valle; esta área se extiende de Este a Oeste, entre un grupo de elevaciones montañosas denominado "Siete Cerros" y la Bahía de Kino; y tiene un total de 120,000 hectáreas de cultivo.

Cuenca del arroyo de San Marcial:

Con 9,270 km.², proporciona riego por sistema de pequeñas obras y por bombeo a 10,000 hectáreas, en la región de Guaymas.

Cuenca del río Yaqui:

Cuyo caudal está alimentado por las precipitaciones pluviales en un área de 63,780 km.², que se extiende desde los límites con los Estados Unidos hacia el Sur y al Suroeste y que deposita en la Presa Alvaro Obregón un volumen almacenable hasta de 3,000 millones de m.³, que riegan actualmente 240,000 hectáreas.

Cuenca del río Mayo:

Alimenta el sistema de riego de la Presa Mocúzari y se forma de un área de 14,760 km.², para almacenar hasta 1,000 millones de m.³ e irrigar 100,000 hectáreas.

Los sistemas de riego comprenden, en suma, 112,625 km.² de cuencas, para almacenar hasta 4,250 millones de m.³ y regar, junto con los sistemas de bombeo, 453,500 hectáreas de cultivo.

De mediados de julio a fines de agosto, los ríos torrenciales, formados por las precipitaciones pluviales, proporcionan los volúmenes mayores que almacenan las presas, los mínimos, se registran al fin de junio.

ASPECTO ECONOMICO

Cultivos:

Los sistemas de riego alimentan dos cultivos esenciales, en torno de los cuales gira la actividad económica de toda la región: el algodón, que actualmente ocupa hasta el 40% de la superficie regada y el trigo, que ocupa hasta el 50%; quedando aproximadamente un 10% destinado a otros cultivos, tales como frutales, legumbres, linaza, ajonjolí y maíz:

El funcionamiento de los sistemas de riego, está transformando rápidamente una región que originalmente fue semi-desértica en una muy fértil. La aportación de Sonora a la producción agrícola de México, en lo que respecta a sus dos cultivos esenciales, ha ido en aumento notable. La producción algodonera de 1947 a 1951, es de un promedio de 30,698 toneladas anuales; de 1952 a 1955, la producción alcanza ya un promedio de 203,210 toneladas y en 1955 la producción es de 370,000 toneladas, la mayor obtenida en la región y corresponde al 20%, aproximadamente, de la producción nacional.

En cuanto al trigo, el Estado es el más importante productor en la República. De 1947 a 1951 su promedio es de 124,055 toneladas, de producción por año. Para los años de 1952 a 1955 la producción se eleva a 309,878 toneladas anuales en promedio.

La importancia de este volumen de producción, desde el punto de vista económico, se apreciará mejor, considerando que México importaba el 50% de su consumo interno de trigo y que actualmente, en cambio, cubre íntegramente sus necesidades con la producción nacional, la cual llega al millón de toneladas anuales; de éstas 400.000 o sea el 40%, se produjeron en Sonora en 1955.

Análisis teórico:

Los rendimientos de la tierra en los Valles del Río Sonora, del Río Yaqui y del Río Mayo, van en aumento a partir de 1947, obedeciendo a una tendencia regida por la Ley de la Proporción de los Factores, a saber: Cuando se ponen en operación los sistemas de riego; se hace el drenaje de las tierras para eliminar las sales del suelo; se aplican los fertilizantes y los insecticidas, se van logrando incrementos sucesivos en los rendimientos, hasta lograr, en la última etapa, los mayores por hectárea. Estos valles de Sonora son los de cultivos más mecanizados de la República, por lo tanto, los incrementos obtenidos en los rendimientos pueden atribuirse, esencialmente, a esa mecanización, aunada a la técnica adoptada, tanto en el aspecto del ataque a las plagas, como en el uso de los fertilizantes. El factor que permanece más o menos constante en la etapa de la mecanización, es el del trabajo humano, el cual, ha sufrido poca variación; salvo en los casos aislados en que el agricultor no ha renovado sus equipos mecánicos. Se observa un aumento aproximado del 10% en la magnitud de la mano de obra que se emplea en el sistema de riego por bombas, respecto a la del sistema por gravedad.

Es probable que de la etapa del rendimiento más que proporcional de las tierras se esté pasando a la etapa del rendimiento menos que proporcional, pues los índices de rendimientos por hectárea se aproximan ya a los mayores del mundo.

Los rendimientos en los cultivos del trigo y del algodón presentan incrementos semejantes: En 1947 eran aproximadamente de 1,000 kilogramos de algodón en hueso por hectárea en el Valle del Yaqui, cuando el sistema de riego era por derivación; los incrementos sucesivos alcanzan: en 1952, un año antes de ponerse en operación del sistema de riego de la Presa Alvaro Obregón, 1,200 kilogramos por hectárea; cuando fueron controladas las aguas de los ríos, pasándose a los sistemas de canales actuales, alimentados por presas, el rendimiento por hectárea se eleva a 1,500 kilogramos y cuando se agregaron los fertilizantes y los insecticidas y se llevó a cabo el drenaje de las tierras, el rendimiento se elevó, en promedio a 1,750 kilogramos por hectárea. Estando los elementos al día en cuanto a desarrollo técnico, para 1955 los rendimientos llegan ya a 1,900 kilogramos por hectárea. Es lógico suponer que el incremento promedio seguirá elevándose en el futuro; aun cuando, ya no al ritmo de la etapa (1,000 a 1,500 kilogramos por hectárea) que enuncia la Ley para rendimientos crecientes más que proporcionales al número de factores que intervienen. En etapa no muy lejana, si las condiciones normales de desarrollo persisten, se alcanzará

el rendimiento óptimo y México será de los países que, en el cultivo del algodón, obtenga los mayores rendimientos.

Como la mecanización agrícola en la región marcha al ritmo de la técnica moderna, es lógico que la mano de obra que se emplea es relativamente invariable, por lo menos durante el período en que la mecanización no alcance una nueva etapa.

En conclusión: podemos afirmar generalizando, que la mano de obra en el campo, en un medio dado y en una etapa dada del adelanto de la técnica, estará determinada por un número relativamente invariable de trabajadores que representen, para el agricultor, la mano de obra que requieren sus cultivos en esta etapa. De acuerdo con la misma Ley, cuando la técnica mejore, este número de trabajadores tenderá a disminuir, ya que la máquina libera al hombre del trabajo manual.

Determinar la mano de obra que un agricultor emplea en un cultivo dado y en un área determinada, siguiendo un proceso apegado al análisis de la Ley de la proporción de los factores, significa captar un coeficiente que nos da la magnitud de esa mano de obra.

De este análisis se desprende, que sólo nos resta calcular en qué proporción se emplean trabajadores en la etapa actual de desarrollo de la técnica agrícola, con relación al tipo de cultivo y al área de la tierra. Este número dará un coeficiente del factor trabajo que, de acuerdo con lo expuesto, es relativamente invariable por un tiempo más o menos determinado. Por este procedimiento se puede medir el grado de adelanto de la técnica agrícola, estableciendo comparaciones de los coeficientes que resulten para un mismo cultivo en medios análogos y en distintas regiones o en medios distintos y apreciar en qué forma influyen los elementos todavía no controlados por el hombre, que hacen variar la magnitud de los rendimientos, etc., etc.

Las investigaciones, muestreos y encuestas realizadas por la Comisión de Estudios de I.M.S.S., en este aspecto, en Sonora, en Sinaloa y en Chihuahua, llegaron a determinar la viabilidad, en la práctica, del coeficiente elaborado para el efecto del cobro de la cuota del Seguro Social, que menciona el artículo 5º transitorio del Reglamento expedido por Decreto del 19 de agosto de 1954 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 27 de agosto del mismo año que instituyó el régimen del Seguro en esas zonas. Las pruebas de confiabilidad que la Comisión consideró buenas, no sólo se basaron en las encuestas realizadas con agricultores, cuya experiencia oscilaba entre los 15 y 30 años de dedicarse a las labores de los cultivos que se investigaron, sino en el hecho elocuente de que los coeficientes, matemáticamente calculados, consideradas las variaciones en la técnica y el medio, resultaron semejantes para las diversas regiones estudiadas.

Los coeficientes que fueron determinados conforme a los sistemas expuestos e incluidos en la Ley, no fueron objetados por los agricultores por considerarlos apegados a la realidad. No obstante, hay todavía algunos problemas por resolver, antes de considerar que éste es el sistema perfecto. Este camino puede llevar a realizar una tabla justa de cotizaciones; ya que la teoría aplicada, encuentra su base en leyes económicas hasta el presente operantes.

Uno de los aspectos más interesantes, captado al calcularse el coeficiente, fue el de la determinación del trabajo aportado por los trabajadores temporales del campo, que a la fecha presenta problemas para su cuantificación, hecho que se refleja en el sistema de cobro de cuotas. En todo caso, serán medidas de tipo administrativo las que los resuelvan.

De los problemas conexos pueden señalarse el de identidad del sujeto de derecho y el de la vigencia de sus derechos. Al efecto se ha establecido, considerando el carácter migratorio del trabajador temporal, el sistema de libretas en que se adhieren cupones para cada semana o mínimo de 3 días de trabajo. En dicha libreta aparecen los datos de identificación del trabajador y los espacios suficientes para pegar los cupones de cotización que irán capitalizando sus derechos de acuerdo con la Ley del Seguro Social.

Este sistema de cupones será una experiencia en nuestro medio, teniendo en cuenta las dificultades que presenta la administración de los cupones así como el uso de las libretas. *En todo caso, el coeficiente calculado opera como un elemento de control, independientemente del sistema de identificación y de cobro que se ensaye.* Podemos por lo tanto sentar, que todo trabajador que interviene con su esfuerzo en la labor del campo, tiene derecho al Seguro Social, por lo menos en la proporción misma en que haya intervenido; tal es la naturaleza del coeficiente, si el patrón está afiliado conforme a la Ley del Seguro Social.

Se presenta el sistema matemático que se emplea para el cálculo del coeficiente del factor trabajo, con relación al área de cultivo. Su elaboración se deriva del estudio económico expuesto.

Mecanismo del Cobro:

La recaudación de las cuotas del Seguro Social se efectúa, para el caso de los ejidatarios y colonos, a través de los Bancos Ejidal y Agrícola respectivamente, instituciones nacionales bajo control oficial que deben considerar dentro del monto de sus créditos de avío, las cuotas del Seguro que deben cubrir sus clientes.

CÁLCULO PARA DETERMINAR LA MAGNITUD CONSTANTE DEL FACTOR TRABAJO CON
RELACIÓN AL ÁREA DE CULTIVO POR CICLO AGRÍCOLA EN LA REGIÓN
DE HERMOSILLO, SONORA

Zona de estudios: Colonias de las Costas de Sonora

Cultivo: Algodón

Rendimiento P/ha: 1,500 kgs.

Superficie: 100 has.

Labor	Hombres	Tiempo Laborado			Total Horas
		Jornada Horas	× Hombre Horas	Días	
1 Barbecho	2	12	24	25	600
2 Tabloneo	2	12	24	10	240
3 Nivelación	2	12	24	1	24
4 Bordeo	3	12	36	8	288
5 Riego	4	12	48	25	1 200
6 Rastro	2	12	24	10	240
7 Siembra	2	12	24	10	240
8 Reparar Bordos	1	12	12	8	96
9 Fumigación 1	1	12	12	15	180
10 Desahije	20	8	160	30	4 800
11 Riego 2	4	12	48	25	1 200
12 Cultivo 1	1	12	12	15	180
13 Riego 3	4	12	48	25	1 200
14 Maniobra Fumig.	5	2	10	1	10
15 Cultivo 2	1	12	12	15	180
16 Riego 3	4	12	48	25	1 200
17 Maniobra Fumig.	5	2	10	1	10
18 Riego 4	4	12	48	25	1 200
19 Pizca 1	50	7	350	20	7 000
20 Riego 5	4	12	48	25	1 200
21 Pizca 2	50	7	350	25	8 750
22 Pizca 3	50	7	350	15	5 250
23 Surquero	1	7	7	60	420
24 Pesador	1	7	7	60	420
25 Zaranderos	2	8	16	60	960
26 Chofer	1	8	8	38	304
					37 392

$$\text{Jornadas Legales } \frac{37\,392}{8} = 4\,674$$

Días laborables del año 298

$$\text{Algodón: Coeficiente para 100 has.} = \frac{4\,674}{298} = 15.7 \text{ (Hombres)}$$

Coeficiente X 100 has. = 15.7

Investigación y Cálculo: LIC. E. GALVAN.

CALCULO PARA DETERMINAR LA MAGNITUD CONSTANTE DEL FACTOR TRABAJO
CON RELACION AL AREA DEL CULTIVO POR CICLO AGRICOLA

Zona de estudio: Colonias de las Costas de Hermosillo, Son.

Cultivo: Trigo

Rendimiento: 2,000 kgs. × ha.

Ciclo agrícola: 298 días laborables

Área calculada: 110 hectáreas

<i>Labor</i>	<i>Hombres</i>	<i>Tiempo Laborado</i>			<i>Total Horas</i>
		<i>Jornada Horas</i>	<i>Jornada × Hombre Horas</i>	<i>Días</i>	
1 Barbecho	2	12	24	25	600
2 Tablones	2	12	24	10	240
3 Nivelación	2	12	24	1	24
4 Bordeo	3	12	36	8	288
5 Riego	4	12	48	25	1 200
6 Rastreo	2	12	24	10	240
7 Siembra	2	12	24	10	240
8 Reparar bordos	1	12	12	8	96
9 Riego 1	4	12	48	25	1 200
10 Riego 2	4	12	48	20	960
11 Riego 3	4	12	48	20	960
12 Trilla	2	7	14	22	308
13 Acarreo	1	8	8	40	320
14 Acarreo (Maniobra)	3	2	6	40	240
					6 916

$$\text{Jornadas Legales} = \frac{6\,916}{8} = 864.5$$

$$\text{Días laborables del ciclo} = 298$$

$$\text{Coeficiente para 110 has.} = \frac{864.25}{298} = 2.9$$

$$\text{Coeficiente para 100 hs.} = 2.9:110::X:100$$

$$\text{Coeficiente para 100 hs.} = X = 2.6$$

Investigación y Cálculo: LIC. E. GALVÁN.

Para los trabajadores rurales permanentes, se emplea el sistema normal de cotización, según el grupo de salario de acuerdo con la Ley.

Para los trabajadores rurales temporales se emplea el sistema de cupones semanales de cotización, según el cultivo de que se trate en función del coeficiente.

Los trabajadores permanentes que intervienen en las labores agrícolas, se deducen del coeficiente respectivo.

Datos Demográficos de la Región:

De acuerdo con los últimos censos, la población del Estado de Sonora ha tenido incrementos notables: de 316,271 habitantes en 1930, a 364,176 en 1940 y 510,607 en 1950; que corresponden respectivamente a las densidades 1.73, 1.99 y 2.80 habitantes por km.²

La población calculada para 1952 es de 546,570 y para 1953 lo es de 564,878; de ella el 55% vive en el campo. Dado el auge económico de la región motivado por las nuevas áreas abiertas al cultivo, a raíz de haberse puesto en marcha los sistemas de riego del Río Yaqui y del Río Mayo, es muy probable que el incremento de población correspondiente a los años de 1954 y 1955 se eleve por encima de la tendencia normal del incremento en el Estado.

La población total de los Municipios de Hermosillo, Guaymas, Ciudad Obregón, Navojoa, Etchojoa, Bacum y Huatabampo, es de 252,739 habitantes según el censo de 1950, lo que equivale a un poco menos del 50% de la población del Estado; la población rural de estos Municipios se calcula en 108,589 habitantes. Veamos su distribución:

<i>Municipio</i>	<i>Población Total</i>	<i>Población Rural</i>	<i>Población Urbana</i>
Hermosillo	54 503	10 984	43 519
Guaymas	41 795	12 519	29 276
Bacum	8 498	8 498	—
Cajeme	63 025	19 830	43 195
Navojoa	38 533	21 188	17 345
Eatchojoa	23 684	20 570	3 114
Huatabampo	22 701	15 000	7 701
TOTAL	252 739	108 589	144 150

La población de los siete Municipios representa el 49.4% de la población urbana total del Estado y el 38.89% de la población rural. Su movimiento demográfico es el siguiente:

Nacimiento 25,772.—Defunciones 6,422.—Crecimiento natural 19,350. Las cifras relativas a 1,000 habitantes quedan consideradas en la siguiente forma: Natalidad 50.7.—Mortalidad 12.6.—Crecimiento 38.6.

Como se aprecia claramente, el coeficiente de natalidad es muy elevado y denota un Estado con posibilidades de desenvolvimiento de-

mográfico extraordinario; el coeficiente de mortalidad es inferior al general de la República. En lo que respecta a la mortalidad infantil, el coeficiente para el año de 1950 era de 84 por mil, cifra elevada que se registra principalmente en poblaciones en que predomina el tipo rural, cuyas características hemos descrito.

Para los efectos del establecimiento del Seguro Social en el Campo, se consideró a los grupos de trabajadores divididos en tres clases, de acuerdo con el régimen de propiedad de la tierra; es decir, ejidatarios, colonos y peones del campo o trabajadores rurales.

En el cuadro estadístico adjunto, puede observarse el monto de afiliación al 31 de septiembre de 1955; o sea al primer año de iniciados los servicios. Se observa que los patrones campesinos ascienden hasta entonces a 1,918 en tanto que los urbanos a 1,837. El total de patrones asciende a 3,755; los asegurados del sector rural llegan a 12,805, en tanto que los del urbano a 13,945, lo que da un total de 26,750. Los beneficiarios campesinos ascienden en total a 34,553, y los urbanos a 18,009, lo que da un total de beneficiarios urbano-campesino de 52,562.

La población amparada total asciende a 31,954 urbanos y a 47,358 campesinos; lo que da un total de población amparada de: 79,312 para toda la región.

Al 31 de marzo de 1956 los patrones campesinos llegan a 2,044 y los urbanos a 2,004, o sean, en total, 4,048. Los asegurados llegan a 13,951 en el sector rural y 15,070 en el urbano, en total suman 29,021. En cuanto a beneficiarios, el sector rural tiene a esta fecha 37,853 y el urbano 19,656 o sean, en total 57,509.

En resumen, la población amparada en Sonora es la siguiente:

Sector Urbano	34 726
Sector Rural	51 804
	<hr/>
TOTAL	86 530

De acuerdo con el dato disponible que asigna 252,739 habitantes a la zona de implantación, tenemos los siguientes resultados: 1° El 34.2% de la población total está ya bajo el amparo de la Seguridad Social.

2°—De la población amparada, el 40% es población urbana y el 60% lo es rural; lo cual confirma nuevamente el predominio que tiene en México el sector rural, respecto del urbano.

3°—El coeficiente que corresponde al Seguro Urbano es de 1.3 beneficiarios por asegurado; en lo que respecta al Seguro Campesino corresponde 2.7 beneficiarios por asegurado, el coeficiente de beneficiarios por asegurado en la región es de 1.51.

ORGANIZACION

Tomando en consideración todos los factores antes enunciados, el sistema de ampliación del Régimen del Seguro Social al Estado de Sonora, tenía que sufrir una radical transformación respecto de las condiciones habituales de trabajo desarrolladas en los centros urbanos; dicha organización llevaría la meta de impartir un servicio eficaz y ágil para los derechohabientes de la Zona.

Con base en los datos demográficos, se dividió la región en cuatro zonas, con el objeto de tener servicios centralizados con radio de acción suficiente para las necesidades de la población rural que estuviese bajo su área de influencia.

La organización prevista y que posteriormente se llevó a la práctica fue la siguiente:

Clínica Central situada en la población urbana de mayor importancia, que contaría con los siguientes servicios: Medicina General, Atención Domiciliaria, Farmacia, Curaciones e Inyecciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Especialidades consistentes en: Pediatría, Traumatología, Otorrinolaringología, Neumología, Oftalmología y Dental.

Al centralizarse en una sola Unidad los servicios necesarios para proporcionar una atención eficaz, se evitan, en lo posible, dispersiones que aumentan los costos.

En la misma localidad, funcionaría un Hospital de Zona con la Clínica Central anexa, al cual se canalizarían todas las necesidades médico quirúrgicas de su área de influencia.

Los Hospitales de Zona fueron planeados sobre la base de considerar un índice provisional de dos camas por cada 1,000 derechohabientes. La organización que se dio a dichos Hospitales fue la siguiente: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Servicio de Urgencia y Especialidades.

Dependientes del Hospital y la Clínica de Consulta Externa, se instalaron Clínicas Rurales ubicadas en las zonas que acusan mayor densidad de población, tomando en consideración el que las vías de

comunicación existentes ampliaran las posibilidades de proteger el mayor número de derechohabientes.

Estas Clínicas están a cargo de un médico, cuya permanencia es constante y tiene la siguiente organización: Servicio de Consulta General y Atención Domiciliaria, Farmacia, Curaciones e Inyecciones; Toma de Productos para ser remitidos al Laboratorio de Análisis Clínicos instalado en la Clínica Central; y, finalmente, Servicio de Hospitalización para resolver los problemas de emergencia o tránsito.

Dependiente de las Clínicas Rurales, se instalaron Puestos de Enfermería, denominados Semi-Fijos, por la movilidad a que pueden estar sujetos cuando las necesidades requieren cambios de adscripción; dichos Puestos dependen técnica y administrativamente de las Clínicas Rurales. Están a cargo de enfermeras y su organización es la siguiente: Servicio de Curaciones e Inyecciones; vigilancia de las órdenes emanadas del médico tratante; atención obstétrica en caso de partos eutósicos y, finalmente, servicios de profilaxis en casos de enfermedades transmisibles.

La anterior esquematización da los siguientes resultados:

Los servicios médicos proporcionados están diseminados en una área más o menos considerable, teniendo en cuenta las necesidades de la población derechohabiente: Se prestan en forma escalonada con objeto de resolver desde los problemas menores, hasta los de complejidad técnica o de equipo. Los médicos instalados en las Clínicas Rurales, planean sus campañas de prevención de enfermedades con objeto de abatir los índices de morbilidad y mortalidad de las zonas a su cargo; realizan labor educativa entre los grupos ejidales o colonos, con los cuales convienen, sobre prácticas de higiene principalmente, de primeros auxilios, potabilidad del agua, drenaje, alimentación infantil, etc., resuelven los problemas médicos de las zonas a su cuidado contando, en cada caso, de acuerdo con las circunstancias, con el auxilio de una enfermera y un farmacéutico. Su labor selectiva sirve de amortiguador a los servicios centrales, y no recarga innecesariamente dichos servicios. Esto cobra mayor importancia en el caso de la hospitalización, pues las Clínicas Rurales instaladas, tienen suficientes elementos para resolver algunos de los problemas médicos que con mayor frecuencia se presentan, vgr. atención obstétrica eutósica, rehidratación por venoclisis y algunos casos que únicamente requieren hospitalización de recuperación. Finalmente, en los mismos puestos se imparte la atención de emergencia a cualquier padecimiento que reclamen servicios médicos inmediatos, a reserva de que el tratamiento definitivo sea realizado en los lugares adecuados, con el personal e instrumental eficaz.

Cuando algún derechohabiente, a criterio del médico tratante, re-

quiere servicios médicos especializados u hospitalización, se le extiende un pase para que le sean otorgados dichos servicios, asentando en dicho documento el diagnóstico presuncional que motiva tal solicitud.

En virtud de que los pacientes ya han pasado por un tamiz previo, los servicios de la Clínica Central y del Hospital de Zona, pueden, en esta forma, ser más eficaces e impartirse en condición más desahogada.

Los casos que requieren especialidades de mayor complejidad técnica o de equipo humano no disponible en la Región, son derivados a otras Unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social dotadas de los elementos necesarios. El derechohabiente obtiene en esta forma un servicio adecuado y de buena calidad, en tanto que el Instituto no se ve obligado a realizar erogaciones por concepto de equipo de super-especialización y personal técnico en la localidad, cuyo sostenimiento resultaría antieconómico en proporción al bajo volumen relativo del trabajo en las distintas Unidades.

Establecidas así las normas, la división de zonas en el Estado de Sonora, quedó en la siguiente forma:

Zona N° 1. HERMOSILLO: Para atender las necesidades de dicha Ciudad y la zona Agrícola de la Costa. Consta de:

- a) Clínica Central de Consulta General y Especialidades.
- b) Hospital de Zona con capacidad de 30 camas.
- c) Servicio de Farmacia.
- d) Dos Clínicas Rurales.

Zona N° 2. GUAYMAS: Para cubrir las necesidades de Guaymas y Empalme. Consta de:

- a) Clínica Central de Consulta General y Especialidades.
- b) Servicio de Farmacia.
- c) Hospital de Zona con capacidad de 24 camas.
- d) Una Clínica Rural.

Zona N° 3. CIUDAD OBREGÓN: Para cubrir las necesidades de los Municipios de Cajeme y Bacum. Consta de:

- a) Clínica Central de Consulta General y Especialidades.
- b) Servicio de Farmacia.
- c) Hospital de Zona con capacidad de 68 camas.
- d) Doce Clínicas Rurales.
- e) Trece Puestos Semi-Fijos.

Zona N° 4. NAVOJOA: Para cubrir las necesidades de los Municipios de Navojoa, Etchojoa y Huatabampo. Consta de:

- a) Clínica Central de Consulta General y Especialidades.
- b) Servicio de Farmacia.
- c) Hospital de Zona con capacidad de 48 camas.
- d) Seis Clínicas Rurales.
- e) Once Puestos Semi-Fijos.

Los sistemas aplicados para otorgar las prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social a sus derechohabientes en los medios urbanos, no podrían haber sido aplicados para la protección de la población rural, so pena de sacrificar la bondad de los servicios impartidos y aún así, con base financiera tan endeble, que en un momento dado habría podido trastornarse en forma considerable su economía. Uno de los problemas que requirieron una solución especial, fue el de la necesidad de mantener servicios médicos continuos, durante las 24 horas del día, en un lugar determinado y con un solo médico.

Los médicos residentes en las zonas amparadas por el Régimen del Seguro Social, se han agrupado en Asociaciones Civiles, con personalidad jurídica suficiente para celebrar contratos de prestación de servicios profesionales con el Instituto Mexicano del Seguro Social. Las Uniones Médicas así constituidas, son las que otorgan directamente los servicios a los derechohabientes. Dichas Agrupaciones son, de hecho, autónomas en su régimen interno de trabajo, pero están sujetas a la supervisión técnica y administrativa del Instituto.

Para cubrir las necesidades económicas de las Uniones Médicas, el Instituto Mexicano del Seguro Social destina el importe de la recaudación obrero-patronal y la aportación del Gobierno, por concepto de primas para los riesgos de enfermedad general y maternidad y queda bajo el control técnico de la Institución, el autorizar la forma en que es distribuída dicha aportación.

Sin embargo, tomando como base los principios de solidaridad que rigen a la Institución, cuando los gastos mínimos no sean compensados por las recaudaciones obtenidas, el Instituto auxiliará a dichas Uniones con lo necesario para la prestación de servicios médicos eficaces.

Siendo los propios médicos parte integrante de la organización de los servicios y parte interesada en su correcto financiamiento, se logra una cooperación entusiasta de su parte a los fines fundamentales del Régimen.

Por su parte, el Instituto lleva el control técnico de los servicios a prestar; dicta las normas a seguir en campañas de prevención de enfermedades; proporciona el equipo e instrumental médico que, según su experiencia ha dado mejores resultados y vigila el trabajo médico realizado, a través de los recetarios utilizados e informes estadísticos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se ha preocupado por mejorar las condiciones de vida de los médicos que laboran en la Región. Para esto, ha terminado la construcción de Clínicas Rurales que constan de: Casa-habitación para el médico, dotada de las comodidades mínimas que un profesionista puede requerir, más Sala de Espera, Consultorio, Sala de Curaciones e Inyecciones, Botiquín y dos Salas de Hospitalización: una para hombres y otra para mujeres, con dos camas cada una, para los servicios de emergencia o de tránsito, ya mencionados.

La estructura interior de estos locales, a base de cancelas móviles, permite, en un momento dado, modificar su fisonomía en beneficio de las necesidades de una población flotante que tiene demandas estacionales de servicios.

A la fecha se encuentran en avanzado proceso de construcción los Hospitales de Hermosillo, Ciudad Obregón, Guaymas y Navojoa; los cuales han sido planeados atendiendo a las características regionales estudiadas. Dentro de las mismas Unidades está previsto el funcionamiento de la Clínica de Consulta Externa y de Especialidades, así como los servicios administrativos, tanto del Seguro como de las Uniones Médicas.

Las características especiales de estas Unidades, consisten, principalmente, en ser hospitales cuyas estructuras interiores pueden modificarse rápidamente cuando las necesidades lo ameriten, bajo las mismas circunstancias previstas para las Clínicas Rurales; estos hospitales han sido programados sobre la base de un mínimo de dos camas por cada mil derechohabientes.

Como consecuencia del aumento de la población rural de la zona, que durante la época de la pizca asciende a más del doble, es necesario contar en forma transitoria con mayor número de médicos. Para ello, el Instituto beca un grupo de Pasantes quienes, bajo la supervisión de los médicos de las Clínicas Rurales, soportan esta carga, realizando al mismo tiempo, labores de medicina preventiva, en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Los sistemas empleados y la experiencia obtenida en su funcionamiento, han abierto el campo a la ampliación del Seguro Social al

Estado de Sinaloa, donde el 12 de septiembre de 1955 se iniciaron las labores en el Municipio de Culiacán, bajo las mismas bases y con los mismos lineamientos operantes en Sonora.

Están en marcha los proyectos de ampliaciones futuras a los Estados de Chihuahua, Guerrero, Baja California, Chiapas y Morelos.

Creemos que en esta forma, el Instituto Mexicano del Seguro Social, coopera a una labor que ya era inaplazable: llevar su protección a los núcleos campesinos.