

J. M. ALVAREZ Y
MANILLA DE LA PEÑA

SERVICIO
MEDICO
SOCIAL
HISTORIA
DE SU
IMPLANTACION

LAS CONDICIONES SOCIALES y económicas prevalentes durante el porfiriato, hacían pesar sobre las clases económicamente débiles una carga de miseria, enfermedad e ignorancia. Las condiciones sanitarias, limitaban la esperanza de vida al nacer a 27.4 años en 1910; el coeficiente de mortalidad general se elevaba a 33.3 defunciones por cada mil habitantes; la mortalidad infantil era de 323.1 defunciones por cada mil nacidos vivos¹.

La sociedad se encontraba estratificada en tres clases inamovibles: la clase alta, formada por una “élite europeizada, decadente y usufructuaria de las riquezas del país², constituida por los terratenientes nacionales y extranjeros, los grandes comerciantes, el clero y la casta militar. Al lado de la clase alta, existía una clase media débil en su mayor parte urbana. La mayoría de la población estaba constituida por la clase baja, desvalida e insegura, formada por peones acasillados, indígenas que retenían los restos de propiedades comunales, los obreros y el proletariado urbano marginal³.

La relación absoluta entre el número de médicos y el de habitantes en 1910, era de un médico por cada 5,908 habitantes; si a ésto agregamos la pobreza, la dispersión de la población y las malas comunicaciones nos daremos cuenta del problema que significaba la asistencia médica en el medio rural⁴. “En la actividad profesional de esos médicos había indudablemente una serie de virtudes, constituían ellos, por desgracia, sólo un pequeño sector de la población. Perteneían, en forma preponderante, a las clases acomodadas y, por último, realizaban sus trabajos sin cumplir programas colectivos en favor de la salud pública”⁵.

Las clases populares se encontraban en un estado de abandono total, su deficiente alimentación y el bajo nivel de vida hacían de ellas fácil

presa de las enfermedades epidémicas, el cólera, la influenza y la viruela diezaban la población. Entre las enfermedades endémicas que causaban más estragos estaban las gastroenteritis, el paludismo y las parasitosis, el tifo y la tuberculosis; las condiciones higiénicas de la vivienda eran deplorables, "cada cuarto de cuatro o cinco metros, se consideraba como una casa para una familia", en la cual se cocinaba la mayor parte del año, y era una parte importante del miserable jornal. Los peones, sus mujeres y sus niños, estaban llenos de piojos y vestidos de sucios harapos⁶.

El salario de un peón en regiones de clima frío era de 25 centavos y en tierra caliente era de treinta; de acuerdo con la ley de Ernesto Engel, que dice que "a medida que es menor el ingreso, es mayor el por ciento de éste que se gasta en alimentos", el salario del peón se invertía casi totalmente en alimentos, que adquiría en la "tienda de raya"; el resto se lo descontaban en pago de la renta de la barraca en que vivía; para cubrir sus demás necesidades, tenía que recurrir a préstamos al patrón, que nunca estaban en posibilidad de devolver y que engrosaban la deuda hereditaria que a su muerte recaía sobre los hijos,⁶ en estas condiciones cubrir el costo de la atención médica era imposible.

Cuando la injusticia y la opresión acumuladas llegaron a su punto crítico, las clases populares y media hicieron la Revolución, la cual culminó con la promulgación de la Constitución de 1917, que incluía una serie de principios renovadores entre los cuales se contaba el derecho del pueblo a la salud.

En 1927, el Presidente General Plutarco Elías Calles solicitó la cooperación de los Gobernadores de los Estados y Territorios en un documento que comenzaba así: "Por acuerdo del Señor Presidente, y en vista de la urgencia que existe para lograr el bienestar económico y social del país, es necesario promover un enérgico y conjunto esfuerzo de mejoramiento sanitario de la República",⁷ y proponía a los Gobernadores lo siguiente:

1o. Crear en cada municipio una unidad sanitaria formada por: un jefe, una enfermera y un agente para municipios que no excedan de 10 000 habitantes.

2o. Cooperar con esta actividad municipal.

Ofreció también, educación gratuita para el personal en la Escuela de Salubridad en México.

Esto llevó a la creación de las primeras Unidades Sanitarias Cooperativas, la de Minatitlán-Puerto México, en 1928 e inmediatamente después

la de Veracruz en 1929. Estas unidades operaban con fondos federales, estatales, del municipio respectivo y de la Fundación Rockefeller^{7, 8}. De estas unidades los autores de Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México dicen: “Las primeras Unidades Cooperativas representan una nueva fase en el proceso evolutivo de nuestra salubridad, estos organismos fueron valores de transición, elementos capaces de ligar con nexos de recia contextura el triple aspecto de la salubridad federal, estatal y municipal, para posteriormente ver la soñada unidad constitutiva y funcional que abarcase los múltiples aspectos de la higiene pública y la individual.

Con respecto al problema de la asistencia médica, en un informe sobre la distribución de médicos presentado el año de 1938, el Profesor de Mendizábal indicaba: ‘La mala distribución de los médicos titulados es un problema económico y social de muy difícil solución en las actuales condiciones del país. La preparación universitaria para el ejercicio liberal de la profesión y el ambiente social de la capital de la república o de las capitales de los estados en donde existen escuelas de medicina, hacen que los médicos recién recibidos, cualquiera que sea su extracción social, aún los que proceden de las clases obreras y campesinas, tengan como finalidad suprema ejercer en la Ciudad de México o, al menos en alguna de las ciudades importantes de provincia. Muy contados son los que eligen desde el principio de su acción profesional poblaciones de importancia secundaria y menos los que se conforman con un medio rural. La carencia de confort y de elementos materiales para el trabajo y la vida misma, y la pobreza del medio cultural del campo mexicano alejan de los pequeños poblados rurales a los individuos que se habituaron a la vida de las grandes ciudades, aún a los de origen campesino. Las condiciones económicas de los campesinos, peones, medieros, ejidatarios, e incluso pequeños propietarios —que en la mayoría de los casos no les permiten retribuir los servicios de un médico titulado, no son propicias para atraer a los profesionistas jóvenes *educados dentro de una ideología individualista y llena de aspiraciones de éxito profesional, legítimas dentro de nuestro actual régimen social*. Solamente la dura lucha dentro de las grandes ciudades, en las que la competencia es a veces invencible, va desplazando a los vencidos y concentrándolos en los medios rurales menos favorables”³.

El Dr. Charles G. Bailey, representante de la Fundación Rockefeller en la República Mexicana, en un trabajo que presentó en el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural en 1936 describían un cuadro semejante al anterior por el Profesor Mendizábal: “Existen registrados en el direc-

torio del Departamento de Salubridad Pública federal, 4 225 médicos alópatas y 295 homeópatas, que hacen la suma de 4.520 médicos. De estos profesionistas, ejercen en el Distrito Federal 2,092 alópatas y 267 homeópatas, o sean 2,359 médicos. De los 2.161 restantes 1.533 ejercen aproximadamente en setenta de las principales poblaciones de la república y 628 en 375 localidades de menor categoría. De manera que hay 445 ciudades y localidades, incluso el Distrito Federal, que tienen médico. Y siendo que la república cuenta con 84,452 ciudades, pueblos, villas, congregaciones, etc., quedan 84,007 localidades sin esta necesaria asistencia. Por otra parte, el número de habitantes que viven en las localidades en que hay médicos, es aproximadamente 5.145.773. Y como el censo de 1930 arroja una población total para el país de 16.552.722 habitantes, resulta que 11.406,949 personas no reciben asistencia médica científica.”

Para corregir la situación anterior proponía el Dr. Bayley lo siguiente: “que los médicos cirujanos, químico-farmacéuticos, dentistas, parteras y enfermeras que reciben títulos, no puedan ejercer su profesión en las ciudades sin haberlo hecho en las poblaciones rurales o semi-rurales de la república durante dos años”⁸.

El año de 1936, el Director de la Escuela Nacional de Medicina, Dr. Gustavo Baz, planeó el establecimiento de un Servicio Médico-Social en las comunidades rurales carentes de médico; los encargados de presentarlo eran los Pasantes de Medicina que ese año finalizaban sus estudios, con lo cual tendrían la oportunidad de ejercer la medicina antes de su graduación al mismo tiempo que ayudarían a solucionar el problema de escasez de asistencia médica en el medio rural; este proyecto fue sometido a la consideración del Presidente de la República, General Lázaro Cárdenas, quién lo encontró útil y autorizó su realización dando instrucciones que el Departamento de Salubridad Pública aportara el presupuesto necesario⁹.

La cooperación económica oficial, significó que el Departamento de Salud Pública tomara a su cargo la distribución y el control de los pasantes, asimilándolos como elementos de acción sanitaria, lo cual quedó estipulado en el convenio que subscribieron la Universidad Nacional Autónoma de México y el Departamento de Salud Pública. Se convino que la Universidad establecería el Servicio Médico Social como un requisito de tipo académico necesario para obtener el título de Médico Cirujano; durante el período de Servicio Social los pasantes ostentarían un nombramiento oficial del Departamento de Salubridad Pública acreditándolos como ‘Médico Cirujano en Servicio Social’.

Se acordó que el programa debería tener como objetivo beneficiar al pueblo cumpliendo los siguientes postulados:

- a) Contribuir a lograr una distribución conveniente de los médicos en el territorio nacional;
- b) Hacer labor de Educación Higiénica y Médica;
- c) Proporcionar Servicio Profiláctico Individual y Colectivo;
- d) Proporcionar Servicio Médico Curativo;
- e) Hacer Investigación Científica y Sanitaria que encontrara aplicación práctica en la región;
- f) Colaborar efectivamente con el Departamento de Salubridad para la formación de estadísticas, censos, gráficas, mapas, etc.

Se recomendaba a los pasantes alejarse de los fines utilitarios, pero se les autorizaba la práctica médica remunerativa, pues se estimaba que la escasa asignación económica era insuficiente para su sostenimiento¹⁰.

Se determinó que la duración del período de Servicio Social fuese de cinco meses, debido a que la partida presupuestal de \$ 15,000.00 no alcanzaba a cubrir un tiempo mayor, por lo cual se asignó a cada pasante la cantidad de \$ 90.00 mensuales durante el plazo antes citado. El Dr. Bazopina que de haber sido posible la duración mínima que debió haber tenido el Servicio Médico-Social hubiera sido un año⁹.

A partir de octubre de 1936, cada año los pasantes de la Escuela Nacional de Medicina prestaron Servicio Médico Social durante los 10 primeros años, al fin de los cuales habían salido a poblaciones rurales carentes de médico 3,157 pasantes¹¹.

En 1942, El Dr. Salvador Iturbide Alvérez presentó ante la Academia Nacional de Medicina un trabajo en el que analizaba el desarrollo del Servicio Social en los años anteriores, indicando que “los resultados no habían respondido a los esfuerzos, a las necesidades nacionales, ni al modesto sacrificio del Estado”; examinaba la forma cómo se habían cumplido cada uno de los postulados del Servicio Médico-Social, y con respecto al primero de ellos indicaba: ‘Son contados los ayer pasantes, hoy profesionistas titulados que han echado raíces y viven en el lugar de su práctica social. La mayor proporción de los titulados en la capital de la república, se quedan en ella; otros se dirigen a las capitales de los estados o a ciudades de segunda importancia; los menos van a sus pueblos de origen, al abrigo de la ayuda familiar, otros buscan empleo en Salubridad y van donde el azar les señala la vacante, buscando tan solo una posibilidad por tiempo libre o número de habitantes para hacer clientela; el menor núme-

ro es el de los que vuelven al teatro de sus primeras armas médicas en Servicio Social'¹⁰.

Con respecto a los restantes postulados, señalaba el Dr. Iturbide Alvarez circunstancias de tipo personal, oficial o social que entorpecían el desarrollo del Servicio Médico-Social. Los problemas de tipo personal se relacionaban con los pasantes que anteponían su interés personal al interés colectivo y dedicaban el tiempo del Servicio Médico-Social exclusivamente al servicio médico curativo, olvidando sus funciones profilácticas y de educación higiénica y médica. Consideraba en su trabajo el Dr. Iturbide que la responsabilidad oficial consistía en no haber preparado el terreno para implantar el nuevo sistema debido tal vez, a la extensión del territorio nacional y a la falta de personal en el Departamento de Salubridad debido a lo cual se habían formado "listas incompletas de pueblos sin médico", que no incluían información epidemiológica, sanitaria o médica; de esta forma los pasantes sólo tomaban conocimiento del número de habitantes, posibilidades económicas para el ejercicio profesional y ayuda con la que podían contar. Los obstáculos de tipo social están representados principalmente por la falta de cultura médica entre la población rural.

Con respecto a la colaboración del pasante a la elaboración de estadísticas, indicaba el autor que el Departamento de Estadística se quejaba de que los pasantes no usaban cifras para concentrar la información, sino palabras que no decían nada como "la mayoría", "muchos", o "casi todos" además de falsear los informes sin cifras absolutas¹⁰.

A lo anterior, el Dr. Iturbide Alvarez agregaba lo siguiente:

"Nadie puede negar la generosidad del concepto que estableció el Servicio Social, nadie podrá pensar en que desaparezca, mayormente en este tiempo en que esta función tan amplia del "Servicio Social" es anhelo popular y plan de acción gubernativa. El Servicio Social de los Pasantes de Medicina, es digno de elogio y sólo es necesario hacerlo efectivo, prepararlo debidamente, completarlo y corregirlo."

"El aumento de Pasantes en Servicio Social, hará necesario un fondo mayor de ayuda económica, y éste debe venir de los Gobiernos de los Estados, de la Secretaría del Trabajo, del Departamento Agrario y de Asuntos Indígenas y regionalmente de sociedades o gremios comerciales industriales o fabriles de las zonas carentes de atención médica El Servicio Social debe ser aumentado en tiempo. La Oficina Central del Servicio Social debe hacer un censo de poblados carentes de médicos

y una encuesta sobre sus condiciones epidemiológicas médicas y sanitarias y conseguir al pasante habitación, igualas municipales, etc.”.

“Durante el Servicio Social se debe prohibir el cobro de honorarios, aumentando hasta donde sea posible la remuneración oficial, la cual deberá incluir dos categorías, una para solteros y otra para casados.”

“Debe formularse un cuidadoso programa en el que se establezcan horarios mínimos y máximos, así como días fijos para consulta médica, actividades sanitarias, investigación, elaboración de estadísticas, informes, etc.; solamente en esta forma el Servicio Social llenará su función social.”

“Al señalarse la adscripción se le dará al pasante la orientación correspondiente y se le fijará de manera especial el tópico de sus investigaciones.”

“La labor médico-profiláctica debe ser la actividad principal; la preparación de los pasantes en este aspecto es deficiente, por lo cual se organizarán cursillos y demostraciones en la Escuela de Salubridad.”

“El Servicio Social debe ser limitado a lugares o pueblos carentes de médico, y debe regirse por reglas, requisitos o normas que sean gratos para el pasante que lo presta, y simpáticos para el medio social beneficiado, deben eludirse conflictos y evitar lesionar intereses, por lo cual sería conveniente cambiar la designación de “Médico en Servicio Social” para evitar conflictos legales”.

En un editorial del periódico Excélsior del año de 1944 encontramos el siguiente comentario al Servicio Social:

Es un medio excelente para mejorar las condiciones de vida de una gran parte de la población mexicana, que de otra manera continuaría indefinidamente privada de atención médica, y abandonada en manos de curanderos ignorantes.”

“Sin embargo, la forma en que ha venido funcionando no está exenta de defectos que necesitan corregirse, tanto para reducir la carga que la obligación de prestarlo supone para muchos que se hallan sujetos a él, como para que rinda la totalidad del provecho social que puede brindar”.

Un porcentaje muy elevado de los pasantes que salen a cumplir el Servicio Social tienen que hacer verdaderos sacrificios para poder mantenerse en esos lugares a que se les ha destinado, por que si bien es cierto que se les permite elegir entre varios del corto número que se les ofrece, en ocasiones no hay diferencia entre las condiciones económicas de éstos, y cualquiera que escojan les presenta las mismas perspectivas. Lo más frecuente es que la pobreza de los distritos en donde han de actuar sea tanta que no les sea posible vivir del ejercicio regular de la profesión.”

“El pasante que sale a hacer Servicio Social, parte en la inmensa mayoría de los casos cargados de deudas, inclusive con la Universidad, y lleva por todo bagaje la documentación oficial que se le entrega, más un gran acervo de medicinas de patente que las casas productoras le obsequian como muestras. Llegado al lugar de destino se encuentra, por lo regular, con una población paupérrima en unos casos, o acostumbrada en otros a hacerse atender por brujos y curanderos que le hacen una competencia ventajosa dada la ignorancia reinante.”

“Para que el elevado objetivo del Servicio Social se alcance, debe reformársele de modo que resulte por completo gratuito para quienes lo reciben, y que no suponga quienes lo dan, el sacrificio, así sea transitorio de su bienestar material”¹².

REFERENCIAS

1. Riva, X., de la.: *Salubridad y Asistencia Médica Social*. En: México, 50 Años de Revolución, Vol. II, pág. 383. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1961.
2. González de Cosío, A.: *Clases y Estratos Sociales*. En: México, 50 Años de Revolución, Vol. II, pág. 31. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1961.
3. Mendizábal, M. O., de: *Distribución Geográfica de los Médicos*. En: Obras Completas, Vol. VI, pág. 529-537. Talleres Gráficos de la Nación, México, D. F., 1946.
4. Alvarez Amézquita, J.: *El Médico y la Secretaría de Salubridad y Asistencia*. Salud Pública. México 4 (3):357-362, 1962.
5. Silva H. J.: *Breve Historia de la Revolución Mexicana*, Vol. 1, pág. 30 Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1960.
6. Alvarez Amézquita, J. y col.: *Historia de la Salubridad y Asistencia en México*, Vol. III. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F., 1960.
7. Zozaya, J.: *La Atención Médica en el medio rural mexicano*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 43 (1): 49-60, 1957.
8. Baz, G.: *Comunicación Personal*, Toluca, México, 1962.
9. Iturbide, A. S.: *Algunos comentarios al Servicio Social de los pasantes de Medicina*. Gaceta Médica de México, Junio; 245-261, 1942.
10. Rodríguez, L. A.: *El Servicio Social de los Pasantes de Medicina en el Programa de Bienestar de la Comunidad Rural*. El Médico. Diciembre: 20-21, 1953.
11. *La Higiene por los Pueblos*. Excélsior. Junio 27, 1935.
12. *Ley Reglamentaria de los Artículos 4o. y 5o. Constitucionales*. Diario Oficial, Diciembre 30, 1944.