



**MESA REDONDA  
SOBRE LA EXTENSION  
DE LA PROTECCION  
SOCIAL A LOS  
GRUPOS  
MARGINADOS DE LAS  
ZONAS RURALES**

**Memoria**

## **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.

## INDICE

	Pág.
PRESENTACION	
PROLOGO	1
CEREMONIA INAUGURAL	7
Informe del Comité Organizador por el Director del CIESS Lic. Emilio Rabasa Gamboa	9
Palabras de bienvenida del Director General del IMSS Lic. Ricardo García Sáinz	15
Alocución inaugural del Secretario General de la AISS Sr. Vladimir Rys	25
Discurso inaugural del Secretario de Salud de México Dr. Guillermo Soberón Acevedo	29
LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y LA SEGURIDAD SOCIAL A LOS GRUPOS MARGINADOS RURALES	31
Problemática internacional de la protección social de los grupos marginados de las zonas rurales. Documento de introducción preparado por la AISS Sr. Alfredo Mallet Consultor de la Asociación Internacional de la Seguridad Social	35
Acciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en la promoción de la protección social a la población rural Dr. Gastón Novelo Secretario General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS)	95

	<b>Pág.</b>
El CIESS y la extensión de la seguridad social a los grupos marginados rurales Lic. Emilio Rabasa Gamboa Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)	127
EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR	145
Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria	147
EXPERIENCIAS NACIONALES SOBRE LA PROTECCION SOCIAL A LOS GRUPOS MARGINADOS DE LAS ZONAS RURALES	187
La situación de los grupos marginados en la sociedad rural egipcia. Regímenes de asistencia social y desarrollo Sra. R. Kahlil Mancy Directora General de Relaciones Públicas y Desarrollo de Personal. Ministerio del Seguro Social	189
La extensión de la protección social a los grupos marginados de las regiones rurales en Egipto Sr. Noshy Abbas Ramadan Director de Administración Jurídica de la Organización del Instituto General de Seguridad y de Pensiones.	203
La atención de la comunidad rural en Corea Dr. Yeon Ha-cheong Director de Investigación, Planificación y Coordinación del Instituto de Desarrollo de Corea	209

	<b>Pág.</b>
Monografía de la situación de los grupos marginados en las zonas rurales de la India Sr. B. S. Ramaswamy Director General, Corporación del Seguro de los Trabajadores del Estado, India	225
La generalización de la protección social a los grupos marginados del medio rural Sr. Nicolay Trofimiouk Jefe del Departamento de Seguridad Social del Estado. Consejo Central de Sindicatos de la URSS	241
La protección social de la marginación rural en España Sr. Felipe García Ortíz Director del Gabinete Técnico del Secretario General para la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, España	247
Monografía relativa a la extensión de la protección social a los grupos marginados de las regiones rurales de Camerún Sra. Honorée Denise Epée Née Kotto Mouyema Directora Adjunta de Prestaciones de la Caja Nacional de Previsión Social de Camerún	257
Monografía relativa al grupo de los marginados rurales en la Costa de Marfil Dr. Paul Lambin Director General de la Caja Nacional de Previsión Social	273

	<b>Pág.</b>
La extensión de la protección social en Gabón: consolidación del desarrollo Sr. Jean Victor Gruat Consejero de Orientación y Planificación Social de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT)	281
La extensión de la protección de los grupos marginados de las zonas rurales en Cuba Dr. Félix Argüelles Varcancel Asesor de la Dirección de Seguridad Social del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, Cuba	307
Breve introducción a las experiencias de la atención primaria de la salud en las zonas rurales de China Sr. M. Song Yunfu Director Adjunto del Departamento de Asuntos Extranjeros de la Salud de la República Popular China	321
Experiencia nacional en materia de protección social en Santa Lucía Sr. Clendon Haves Mason Ministro de Seguridad Social. Gobierno de Santa Lucía	333
El servicio de salud para los indios. Un programa global de atención a la salud para los indios norteamericanos y aborígenes de Alaska. Sr. Jimmy R. Mitchel Director Interino de la División de Actividades Sanitarias de Apoyo. Servicio de Salud Indio, EUA	343

	<b>Pág.</b>
Sr. John G. Todd Asesor en Salud. Servicio de Salud Indio EUA	
INFORME DEL RELATOR GENERAL	399
CEREMONIA DE CLAUSURA	433
Intervención del Secretario General de la AISS	
Sr. Vladimir Rys	435
Discurso de clausura del Director General del IMSS	
Lic. Ricardo García Sáinz	443
LISTA DE PARTICIPANTES	445

## PRESENTACION

El desarrollo de la seguridad social durante el último decenio ha mostrado una tendencia hacia el diseño de modelos y estrategias con los que se puede universalizar la protección social mediante prestaciones médicas a grupos con mínima o ninguna capacidad contributiva.

En este contexto adquiere particular relevancia el papel que desempeñan las instituciones de seguridad social como instrumentos de redistribución del ingreso nacional en la búsqueda de un progreso social equitativo, particularmente en momentos en que se hace necesario determinar mejores amortiguadores para la crisis económica generalizada.

Por su parte, el gobierno mexicano que preside el licenciado Miguel de la Madrid, en el marco de la Constitución Política y las leyes que de ella emanan, ha venido realizando una política social de gran alcance cualitativo y cuantitativo, principalmente en favor de los grupos sociales de menores ingresos que se encuentran al margen de los beneficios del desenvolvimiento económico del país y que habitan en zonas rurales.

A este respecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución con más de cuarenta años de existencia, ha sido un elemento fundamental de dicha política social, acorde con sus tradiciones, objetivos, doctrina y normatividad.

En 1943 la Ley del Seguro Social creó la institución destinada a proteger al trabajador asalariado y a su familia contra los riesgos de la existencia laboral, mediante sus propias aportaciones, las de los patrones y las del Estado.

En el transcurso de su devenir institucional, la seguridad social mexicana se enfrentó al problema de la protección social a las personas que no estaban sujetas a una relación formal de trabajo y que, por lo tanto, no podían participar en el esquema tradicional de los seguros sociales.



Esta preocupación gubernamental provocó que en 1973 se modificara la Ley del Seguro Social, estableciéndose las bases jurídicas de la solidaridad social como expresión de la universalización de la atención médica, sin condicionar la prestación de servicios a una cuota en efectivo.

Seis años más tarde, en 1979, se firmó un convenio entre la federación y el IMSS para dar atención médica a más de 10 millones de habitantes a través del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

El fomento a la salud que promueve este programa se basa en la participación activa y sostenida de la comunidad para que asuma su responsabilidad en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de atención integral a la salud. Los servicios médicos son sufragados por medio de obras de beneficio colectivo a cargo de la propia comunidad, tales como el mejoramiento del entorno y la vivienda, utilizando para ello una tecnología apropiada a las condiciones culturales, económicas y ecológicas del lugar. En otras palabras, se trata de cubrir la cuota correspondiente a los servicios médicos con trabajo comunitario y no en efectivo.

La trascendencia de este esquema, diferente e imaginativo, en la búsqueda de un modelo que exige sencillez, bajo costo y simplicidad para su máxima extensión horizontal, se refleja en la atención proporcionada a 12.8 millones de mexicanos durante 1984, quienes no sólo han obtenido mejores condiciones de salud en el proceso sino que han alcanzado, al mismo tiempo, un mejor nivel de desarrollo social y cultural.

Al cumplirse diez años de la aplicación del principio de solidaridad social, y de acuerdo con la política de modernización y simplificación de la administración pública, el 8 de marzo de 1984 se decretó la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, transfiriéndose la responsabilidad del Programa IMSS-COPLAMAR y los servicios asistenciales a los gobiernos de los Estados, para que en éstos se integren sistemas de salud destinados a vigilar la calidad de los servicios al mismo tiempo

que coordinen y propicien la extensión de la cobertura a fin de substituir la estructura institucional por la infraestructura de los propios Estados. De esta manera, con la plena descentralización del sistema se abre toda una nueva etapa del programa de solidaridad social.

Como consecuencia del interés institucional demostrado en múltiples países por resolver el problema de la marginalidad y de los resultados obtenidos en el nuestro por el Programa IMSS-COPLAMAR, en ocasión de la Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) realizada en octubre de 1983 en Ginebra, Suiza, se acordó la celebración en México de la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales.

El objetivo de esta reunión organizada por la AISS, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) y el IMSS, fue que los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo intercambiaran sus enfoques y experiencias acerca del problema de la marginalidad rural así como sobre los diferentes esquemas institucionales o políticos establecidos para enfrentarlo.

El evento se desarrolló, en un clima de amplia convivencia, en Oaxtepec, centro vacacional obrero del IMSS situado en el Estado de Morelos, del 13 al 16 de noviembre de 1984, resultando altamente positiva y estimulante la participación de las delegaciones de 28 países de cuatro continentes y cinco organismos internacionales.

Esta reunión internacional significó un paso importante en la toma de conciencia del problema de la marginalidad rural y del conocimiento de los modelos de atención social que los distintos países han desarrollado para combatirlo.

Los criterios vertidos en los debates que se establecieron en este foro, permitieron confirmar que la marginación no es un estadio definitivo, sino una etapa pasajera para acceder a niveles de vida mejores y más dignos.

En esta Memoria publicada por el Instituto Mexicano del Seguro Social se recogen todos los planteamientos emanados de la Mesa Redonda y tiene como objetivo principal dar a conocer las diferentes alternativas que han generado, tanto las instituciones de seguridad social como los organismos internacionales, para proporcionar protección social a los grupos marginados de las zonas rurales; asimismo, se presenta la compilación de los trabajos expuestos en la reunión con el propósito de brindar un instrumento de análisis y reflexión que permita avanzar en el conocimiento del problema y ampliar las posibilidades de solucionar a la vez que fortalecer las relaciones entre nuestros pueblos y sus instituciones de seguridad social.

**Lic. Ricardo García Sáinz**  
Director General

## PROLOGO

Con el deseo de ofrecer mejores alternativas que permitan a las instituciones de seguridad social conocer a fondo la estructuración de los programas que llevan salud y bienestar a los grupos sin capacidad contributiva, el IMSS pone a la disposición de los interesados en este problema la compilación de los trabajos presentados en la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, que se realizó en Oaxtepec, Morelos, México, en noviembre de 1984.

Este evento adquirió especial significado al permitir la participación y el intercambio de experiencias de países con estructuras económico-sociales tan diversas como los continentes a los que pertenecen: África, América, Asia y Europa.

La visión global de los diversos esquemas presentados en la Mesa Redonda generó nuevas ideas y avances en el conocimiento concreto de soluciones nacionales.

El IMSS considera de importancia fundamental que la riqueza de las experiencias acumuladas durante el evento sean difundidas, con objeto de impulsar el avance en la concientización y solución de la marginalidad en el mundo, recogiendo los planteamientos más actualizados que a través de la Mesa Redonda se expusieron por distintas delegaciones asistentes. El orden de presentación es el mismo que el del Programa del evento.

En la introducción de esta memoria se presentaron las diversas intervenciones que se llevaron a cabo durante la ceremonia inaugural. En representación del licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, presidente de los Estados Unidos Mexicanos, el doctor Guillermo Soberón, secretario de Salud, pronunció un discurso en el que se refleja el interés demostrado por el gobierno mexicano para extender la cobertura de los servicios de salud a zonas limitadas en su desarrollo.

Asimismo, el Secretario General de la AISS, al presentar la alocución inaugural en nombre de dicho organismo, ratificó que el

2.

evento permitirá abrir nuevas vías para una acción más eficaz y demostrar que pese a las vicisitudes del momento actual “las instituciones no renuncian a su misión principal ni escatiman sus esfuerzos para seguir avanzando y lograr el progreso social”

En esta ceremonia el licenciado Ricardo García Sáinz, director general del IMSS, en su mensaje de bienvenida, mencionó que “el análisis conjunto de diferentes modelos de atención social al campo, que con imaginación y esfuerzo están realizando muchos países, y el intercambio de experiencias e ideas sobre estos programas redundará, estamos convencidos, mediante una amplia consideración de lo ajeno, en una mejor valoración de lo propio”

En la primera parte de este documento se incluyen las ponencias de los organismos internacionales que patrocinaron la Mesa Redonda, AISS y CPISS además del CIESS, y que acreditan los enormes beneficios de la cooperación interorganizacional.

La AISS con una monografía introductoria denominada “Problemática internacional de la protección social de los grupos marginados de las zonas rurales” dio a conocer una síntesis de las experiencias nacionales que las instituciones miembros de la Asociación poseen al respecto. Por su parte, la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social presentó el trabajo “Acciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en la promoción de la protección social a la población rural”, en el que mencionó que “la extensión de la seguridad social a la población rural tiene ya un largo historial de interés en el seno de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social” y destacó las principales resoluciones que se han tomado en este sentido en la región americana.

A su vez, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, en la ponencia intitulada “El CIESS y la extensión de la seguridad social a los grupos marginados rurales”, presentó un análisis sobre la cuestión de la marginalidad rural y urbana, destacando la necesidad de la acción correctora del Estado que “orienta acciones, planes y recursos hacia la satisfacción de las necesidades de los pobres y marginados”

Este documento puso de manifiesto la acción que el CIESS ha desarrollado en el ámbito de la formación de recursos humanos que apoyan a las instituciones de seguridad social latinoamericanas y del Caribe en la extensión de la seguridad social al campo.

A continuación, la Memoria contiene el modelo de atención integral a la salud del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, que describe sus bases jurídicas, conceptuales, sistema financiero y estructura administrativa para la aplicación del modelo.

En seguida, se incluyen las monografías nacionales de acuerdo con el orden de su presentación: Egipto, Corea, India, URSS, España, Camerún, Costa de Marfil, Gabón, Cuba, China, Santa Lucía y Estados Unidos.

En la parte final se presenta el informe del Relator General a manera de síntesis de los trabajos de la reunión, así como las intervenciones presentadas por las distintas delegaciones y sus interrogantes. Adicionalmente se reproduce el documento de conclusiones y los discursos de la ceremonia de clausura pronunciados por el señor Vladimir Rys, secretario general de la AISS, y el licenciado Ricardo García Sáinz, director general del IMSS.

Se incluye también un testimonio gráfico con las fotografías que reflejan el ambiente de interés y camaradería que prevaleció a lo largo de la reunión, así como durante las visitas técnicas que se realizaron, tanto a las Unidades Médicas Rurales como al Hospital Rural "S" de Cuautlixco, Morelos, mismas que permitieron a los participantes conocer, en el propio campo, el desarrollo del Programa IMSS-COPLAMAR.

**Lic. Emilio Rabasa Gamboa**  
Jefe del Departamento de  
Asuntos Internacionales del IMSS  
Comité Organizador



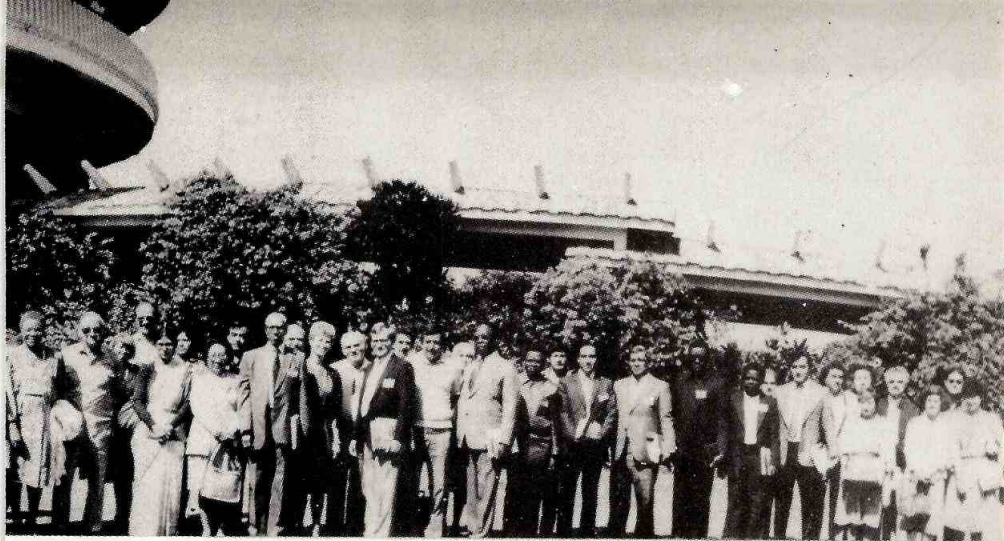
The purpose of this study was to determine the effect of the program on the students' self-concept and academic achievement. The study was conducted over a period of one year. The results of the study are presented in the following table.

Measure	Pre-Test	Post-Test
Self-Concept	45.2	52.8
Academic Achievement	78.5	82.1

The results of the study indicate that the program had a positive effect on the students' self-concept and academic achievement. The students who participated in the program showed a significant increase in their self-concept scores and a significant increase in their academic achievement scores. These findings suggest that the program is effective in helping students to improve their self-concept and academic performance.

The study was conducted by the following researchers:

Dr. John Doe  
Dr. Jane Smith  
Dr. Robert Johnson



Fotografía oficial de los participantes a la Mesa Redonda, provenientes de 28 países de los 4 continentes y 5 organismos internacionales.





**CEREMONIA INAUGURAL**



## **INFORME DEL COMITE ORGANIZADOR\***

9

**Señores miembros del presidium  
Distinguidos delegados  
Señoras y señores**

En cumplimiento de la Resolución del Consejo Superior de la Asociación Internacional de la Seguridad Social que tuvo lugar en octubre de 1983 en la ciudad de Ginebra, Suiza, y por medio de la cual se aprobó la realización de la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, se constituyó un comité de organización integrado por representantes de la propia Asociación Internacional de la Seguridad Social, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este Comité Organizador elaboró un programa de trabajo que fue ampliamente discutido con motivo de la Reunión de la Mesa Directiva de la AISS, celebrada en Ginebra, Suiza, en mayo del presente año.

Con fundamento en dicho programa se acordó dirigir una invitación a todas aquellas instituciones miembros de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, otras organizaciones homólogas y organismos internacionales interesados en el tema central de la Mesa Redonda.

Asimismo, se estructuró un programa para la reunión que recogiera una amplia variedad de planteamientos sobre el objeto central de la misma, a fin de enriquecer el debate y análisis del problema que nos ocupa.

Por el amable conducto de la AISS se giraron oportunamente las invitaciones a las instituciones miembros y hoy, martes 13 de noviembre de 1984, me es muy grato informar a esta Asamblea el

\* Presentado por el licenciado Emilio Rabasa Gamboa.

registro de 35 instituciones, 5 organismos internacionales correspondientes a 28 países de cuatro continentes: África: Argelia, Burundi, Camerún, Egipto, Kenia, Libia, Madagascar, Ruanda, Senegal, Togo, Uganda y Zaire; América: Cuba, El Salvador, los Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Santa Lucía; Asia: Corea, China, Filipinas e India; Europa: España y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Los organismos internacionales asistentes son: la Asociación Internacional de la Seguridad Social; la Organización Internacional del Trabajo; el Convenio Hipólito Unanue, organismo que agrupa a las instituciones de seguridad social de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Venezuela; el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. En total, se han congregado 75 distinguidos representantes de las instituciones y los organismos anteriormente referidos.

El programa que cubrirá este evento fue ampliamente distribuido a todos los asistentes con la debida anticipación y cubre las sesiones y los trabajos correspondientes a los siguientes cuatro días:

El día de hoy rendirán su informe tres organismos internacionales: la AISS, el CPISS y el CIESS. El día de mañana, la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR hará la presentación del modelo de atención integral a la salud del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, incluyendo durante la tarde las visitas a las clínicas de campo y al Hospital Rural "S" de Cuautlixco.

El tercero y cuarto días del evento se presentarán las monografías correspondientes a las experiencias internacionales de los siguientes países: Corea, la Costa de Marfil (amablemente presentada por la representante de la Caja Nacional de Previsión Social de Camerún), Cuba, China, Egipto, España, los Estados Unidos y Gabón (amablemente presentada por la Organización Internacional del Trabajo).

Al inicio de los trabajos de la sesión matutina del día de hoy, por conducto de la AISS se someterá a la consideración de las distinguidas delegaciones y de los asistentes, la integración del presidium correspondiente a cada una de las sesiones.

Todo el material documental de este evento, entregado al Comité Organizador dentro de las fechas establecidas para su recepción, fue traducido a los tres idiomas oficiales de la reunión — inglés, francés y español— y distribuido entre los asistentes.

Concluyen los trabajos de esta Mesa Redonda el próximo viernes 16 de noviembre, con la presentación de las monografías faltantes, el documento de relatoria y conclusiones, la comida de clausura y la visita de las Delegaciones a la residencia oficial de Los Pinos, en México, D.F., atendiendo a la cordial invitación que hiciera el señor Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Miguel de la Madrid Hurtado.



Mr. [Name] speaking at the podium during the [Event] at the [Location].



El Director General del IMSS dirige palabras de bienvenida a los participantes.





**PALABRAS DE BIENVENIDA  
DEL LICENCIADO RICARDO GARCIA SAINZ  
DIRECTOR GENERAL DEL IMSS**

Es muy honrosa para el Instituto Mexicano del Seguro Social y para el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, la realización del evento que hoy nos congrega.

Acepten ustedes, señores delegados y representantes de las instituciones y los organismos internacionales provenientes de diversos países, la hospitalidad del pueblo y el gobierno de México y el beneplácito del Instituto Mexicano del Seguro Social por tenerlos entre nosotros.

Deseo expresar a los habitantes y a las autoridades de este Estado de Morelos, que ofrece a nuestros distinguidos visitantes el marco ideal para abordar con espíritu abierto y amistoso el problema de la seguridad social rural, nuestro agradecimiento por su estimable apoyo para la realización del encuentro.

La estrecha vinculación que existe entre la Asociación Internacional de la Seguridad Social, el Comité Permanente Interamericano y el Instituto Mexicano del Seguro Social, hace posible este evento que cumple con el acuerdo emanado de la Vigésimaprimera Asamblea General de la AISS, y permite, por la amplia representatividad de los países participantes, analizar los esquemas de atención a grupos marginados, con una mayor toma de conciencia, consideración y participación mundial.

Los esfuerzos perseverantes de la comunidad internacional en este propósito se demuestran con acciones concretas, como el acuerdo sobre la extensión de la cobertura de los servicios de salud a toda la población, emanado de la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud de la Región Americana celebrada en 1972, ratificado en la declaración de Alma-Ata, y asumido por la Asamblea Mundial de la Salud como la meta de lograr salud para todos en el año 2000.

En esta ocasión, el análisis conjunto de diferentes modelos de atención social al campo, que con imaginación y esfuerzo están realizando muchos países, y el intercambio de experiencias e ideas sobre estos programas mediante una amplia consideración de lo ajeno, redundarán, estamos convencidos, en una mejor valoración de lo propio.

Séame permitido, en consecuencia, comentar con ustedes algunos aspectos del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, más conocido como IMSS-COPLAMAR, mismo que el gobierno de la República ha confiado al Instituto Mexicano del Seguro Social, y en cuya programación, ejecución y evaluación participan de manera destacada los integrantes de las propias comunidades beneficiadas, los gobiernos de los Estados y la Secretaría de Salubridad y Asistencia\* en su carácter de organismo rector y coordinador del sector salud.

El presidente Miguel de la Madrid, dentro de una amplia política social puesta en marcha por su gobierno para enfrentar la crisis, ha definido la salud de todos los mexicanos como un objetivo de la más alta prioridad. En su consecución, se ha establecido en la Constitución General de la República la garantía social del derecho a la salud, y se actualizó el marco jurídico y administrativo que lo norma y hace viable, mediante la expedición de la Ley General de Salud y el Programa Nacional de Salud.

Con estas bases el Programa de Solidaridad Social cubre una población potencialmente amparada de 18 millones, de los cuales 12 millones reciben atención, 2.5 millones más que en 1982. Este notable incremento obedece evidentemente a un gran esfuerzo del gobierno, así como a la confianza y participación de los beneficiarios, quienes identifican al programa por su presencia en la comunidad, por la calidad de sus servicios y por la permanencia de sus acciones.

\* Actualmente Secretaría de Salud.

Está diseñado para atender a quienes no disponen de capacidad contributiva en términos monetarios, pero que tienen la posibilidad de aportar su trabajo para mejorar las condiciones de salud y bienestar de nuestro país, lo que ha sido propósito indeclinable de los gobiernos revolucionarios.

Fue así como el Seguro Social, que es una de las más claras expresiones de modernidad, de desarrollo, de industrialización, se puso de golpe en contacto con este inmenso mosaico étnico que forma nuestro país, integrado por razas y culturas milenarias que tienen tradiciones y formas de vida resultantes de las experiencias que se han acumulado a través del tiempo y que muchas veces se convierten en claras expresiones de sabiduría.

Este modelo de atención parte del análisis de las características regionales y establece un procedimiento sencillo para identificar anualmente, con la participación de la comunidad, sus principales problemas de salud, sus causas y posibles soluciones, a partir de lo cual se decide el desarrollo de las acciones en un conjunto de programas básicos, de los cuales, por su importancia, destacan los de orientación nutricional, saneamiento ambiental, aprovechamiento de la medicina tradicional, educación para la salud, medicina preventiva, atención médico-curativa, atención materno-infantil y planificación familiar que se desarrolla con gran respeto a la decisión de cada pareja en cuanto al número y espaciamiento de sus hijos.

En materia de orientación nutricional e hidratación oral, mediante sistemas muy prácticos y con personal capacitado para esta función, auxiliado por miembros de la propia comunidad, se ha combatido la desnutrición partiendo de los recursos alimentarios con que se cuenta en la localidad y ofreciendo orientación sobre la forma de proporcionarlos a los niños y a las mujeres embarazadas. Se previene y se trata la deshidratación con soluciones orales domésticas y se capacita a las madres en la atención y vigilancia de la salud del niño, así como en los cuidados necesarios durante el embarazo.

En este tipo de acciones, la complejidad de las tecnologías avanzadas no sólo resulta innecesaria, sino que, de utilizarse, complicaría y restaría viabilidad a los efectos deseados.

Para dar solución a los problemas de saneamiento y mejoramiento del ambiente, en el contexto rural se trabaja utilizando procedimientos que por su sencillez y eficacia hace suyos la pequeña comunidad dispersa, poniendo especial énfasis en la producción de alimentos para el autoconsumo, el mejoramiento de la vivienda y el uso de agua potable, el control de fauna nociva y la disposición sanitaria de los desechos.

Hemos tenido que encontrar y formar personal adecuado, fortalecer la enseñanza bilingüe para proporcionar servicios en las áreas de gran dispersión demográfica y reorientar los esfuerzos hacia el fomento de la salud más que hacia la curación de los padecimientos.

El programa ha servido de puente, de vínculo entre los grandes avances tecnológicos y la medicina tradicional, entre la concepción de atención individual y la necesidad de encontrar métodos basados fundamentalmente en el esfuerzo colectivo.

Nos hemos reencontrado con la medicina tradicional. Al tratar de ser eficaces en la curación de padecimientos desarrollamos acciones concretas que, al preservar la salud, logran resultados mucho más duraderos.

De esta manera se ha establecido contacto con los 13 mil terapeutas empíricos que existen en 12 mil comunidades, incorporándolos al modelo de atención y aprovechando así el uso controlado de sus procedimientos. Como resultado de esta interrelación, en el 95% de las unidades en que opera el programa se conocen las plantas de uso medicinal disponibles y en el 100% se conoce el nombre tradicional de los diez padecimientos más frecuentes.

Entre los años de 1981 a 1983, podemos acreditar como resultados que de 12 millones de personas atendidas ya no se presentó

ningún caso de difteria, sólo tuvimos 9 casos de poliomielitis, logramos reducir en 6 veces los padecimientos de rabia y en 8 veces los de tos ferina. Se proporcionaron 22 millones de consultas y 250 mil egresos hospitalarios; se realizaron 90 mil intervenciones quirúrgicas, se atendieron 165 mil partos, además de la aplicación de varios millones de dosis de productos biológicos.

En cuanto a su organización y estructura, hasta ahora el Programa de Solidaridad Social se basa en cuatro grandes pilares: el apoyo del gobierno federal, que aporta los recursos económicos necesarios para la operación; los Consejos Estatales presididos por los gobernadores de las entidades federativas, que vigilan la ejecución del programa, el cumplimiento de los compromisos de los beneficiarios, que orientan las inversiones de su desarrollo y califican las prioridades regionales; la experiencia, infraestructura y capacidad técnica y administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social, que constituye un sistema nacional integrado en todo el territorio nacional y que a lo largo de los últimos 30 años ha venido proporcionando servicios a la población rural; pero sobre todo, el pilar fundamental es la permanente y activa participación de los beneficiarios, organizados ya en 11 mil comités de salud, quienes aportan su trabajo para mejorar sus propias condiciones de vida, como contraprestación a los servicios que se otorgan.

Quiero destacar que la solidaridad social en México es producto de un gran pacto de bienestar colectivo y de reordenamiento social en el que se da una conjunción de esfuerzos para mejorar la calidad de la vida y de la convivencia mediante el cuidado de la salud. Esfuerzos del Estado para erradicar enfermedades transmisibles y proporcionar elementos mínimos de bienestar; esfuerzos de las instituciones y de los sistemas de atención médica para la realización de programas de medicina preventiva y de servicios eficientes de medicina curativa, y de las comunidades para fomentar sus programas de salud.

Con esta conjunción de esfuerzos, en los últimos 10 años el país ha podido construir, sin menoscabo de los servicios y prestaciones que el IMSS proporciona a sus 28 millones de derechoha-

bientes, un Sistema Nacional de Solidaridad Social integrado; nos hemos encontrado con las grandes capacidades que tiene el hombre para mejorar su calidad de vida a través de una clara comprensión del esfuerzo conjunto; así hemos aprendido a organizarnos con la comunidad para mejorar sus condiciones generales de convivencia, de bienestar y de salud.

Hemos puesto en marcha nuevas fórmulas de relación, no sólo con los individuos, sino con las organizaciones sociales y las instituciones históricas de la comunidad; con sus consejos de ancianos, con sus senados, asimilando la sabiduría que se trasmite de generación en generación, lo cual nos permite trabajar en un marco de profundo respeto a su manera de vida, aprovechar su invaluable acervo de conocimientos y complementarlos con la técnica y la ciencia modernas mediante la incorporación de los universitarios, hombres y mujeres de la vida urbana que, en plena juventud, conviven y trabajan con la comunidad. Ellos, además de nutrirse de experiencias que forjan su sensibilidad social y humana, encuentran un pueblo que los recibe con cariño, los cuida con esmero y les da algo ya raro hoy en día: auténtica gratitud.

No podemos dejar de mencionar que es la mujer quien juega un papel fundamental tanto en el compromiso como en la eficacia del programa. Su interés en el constante mejoramiento de la vida cotidiana la lleva a participar permanentemente, cuidando con celo que se preserve la salud del núcleo familiar.

Este programa ha acreditado ser un instrumento valiosísimo para reordenar la convivencia humana y fortalecer los vínculos establecidos en las comunidades, que actúa como detonador de acciones más amplias para impulsar el bienestar colectivo, y contribuye a la descentralización de la vida nacional, propósito en el que esta empeñado el gobierno de México.

### **Señores participantes**

En el curso de las sesiones de trabajo que hoy iniciamos se analizarán con mayor profundidad las acciones y experiencias que hemos capitalizado para la protección social de los grupos marginados.

Mucho hemos aprendido de otros sistemas y países que tienen, como nosotros, el propósito y compromiso de proporcionar servicios de salud a todos sus habitantes, pero sobre todo buscamos en nuestro valioso y rico pasado, en las costumbres, tradiciones, y en esa fuente inagotable de sabiduría que es nuestro pueblo, los conocimientos y formas de proceder que más acomodan al estilo de vida y a la solución de sus problemas esenciales.

Saludo con verdadero entusiasmo a tan distinguidos representantes de pueblos hermanos, que asumen su tarea no sólo como el desempeño de una profesión, de por sí noble, sino como convicción y compromiso humanitario.

En nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el mío propio doy las gracias a los participantes y estoy cierto de que las deliberaciones y el intercambio de experiencias que aquí se realicen, enriquecerán nuestro acervo de conocimientos para seguir avanzando, sin pausas, en la promoción de mejores condiciones de vida para nuestros pueblos.





The speaker at the podium is Dr. [Name], who is giving the opening address at the [Event Name]. To his left are the [Name] and [Name], who are the [Name] and [Name] of the [Organization]. The table in the foreground is set with refreshments for the guests.



El secretario general de la AISS, señor Vladimir Rys, durante su intervención en la ceremonia inaugural de la Mesa Redonda. En el presidium, de izquierda a derecha, el licenciado David Jiménez González, secretario general del Estado de Morelos, representante personal del Gobernador Constitucional del Estado, doctor Lauro Ortega Martínez; licenciada Ana Laura Ortega Vila, presidente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el Estado de Morelos; licenciado Ricardo García Sáinz, director general del IMSS y presidente del CPISS; doctor Guillermo Sobrón Acevedo, secretario de Salud de México, y licenciado Emilio Rabasa Gamboa, director del CISS.



## **ALOCUCION DEL SECRETARIO GENERAL DE LA AISS, SEÑOR VLADIMIR RYS**

**Señor Presidente, señoras y señores**

Con gran satisfacción tengo el gusto de transmitir a ustedes los saludos cordiales del Presidente y de la Mesa Directiva de la Asociación Internacional de la Seguridad Social al igual que los del conjunto de sus instituciones miembros en 124 países de todos los continentes.

Permítanme, en primer lugar, agradecer calurosamente a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social por su excelente hospitalidad y por el gran esmero con que han organizado, en cooperación con el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, las condiciones materiales y técnicas necesarias a nuestras tareas.

La idea de la Mesa Redonda que nos reúne hoy día fue lanzada hace poco más de un año en una reunión que se celebró en Ginebra en octubre de 1983, en ocasión de la Vigésimaprimerá Asamblea General de la AISS, sobre el tema de la seguridad social y de los servicios sociales. El director del Instituto Mexicano del Seguro Social, licenciado Ricardo García Sáinz, expuso entonces la experiencia mexicana en materia de intervención de la seguridad social en favor de los grupos marginados y, como conclusión de su disertación, formuló el ofrecimiento de acoger en México una reunión sobre ese mismo tema, organizada en conjunto por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nuestra reacción a este ofrecimiento, así como la del Consejo de la AISS, fue inmediatamente favorable, y lo fue por varios moti-

vos. El primero es que la AISS se interesa por todas las formas de acción de las instituciones de seguridad social. Si bien las prestaciones en dinero desempeñan un papel preponderante en gran número de regímenes de la seguridad social, no es menos cierto que ésta también contribuye de modo importante al desarrollo de los servicios de salud y de los servicios sociales, y que el intercambio internacional de experiencias a ese respecto puede ser un verdadero factor de progreso. Ya hace tiempo que nuestra Asociación ha emprendido el estudio de la asistencia médica prestada dentro del marco de la seguridad social, especialmente en el curso de Mesas Redondas tales como — para citar sólo algunos de los ejemplos más recientes — la reunión de Brasilia en noviembre de 1981, que tuvo un carácter interregional, y la reunión de Seúl, Corea, en abril de 1983, concerniente a Asia. En cuanto a las relaciones de la seguridad social con los servicios sociales, el interés manifestado por la AISS sobre este tema se remonta al comienzo de los años sesenta, siendo su más reciente manifestación la Mesa Redonda del año pasado en Ginebra a la que me referí anteriormente. La presente reunión permitirá avanzar aún más en un tema muy concreto como es el del intercambio internacional de experiencias en materia de servicios sanitarios y sociales de la seguridad social.

Otro motivo importante para apoyar la idea de esta reunión es que la AISS y sus instituciones miembros, aun cuando se preocupan ante todo por desempeñar lo mejor posible su misión respecto de los beneficiarios de los regímenes de seguridad social, también dan prueba de una profunda preocupación por todos los que aún continúan apartados del campo de acción de estos regímenes. ¿Cómo hacer para extender lo más rápidamente posible el alcance de los regímenes de seguridad social en beneficio de quienes quedan excluidos de él, sobre todo en los países en desarrollo, donde con frecuencia solamente una minoría está actualmente protegida? Cuando un proyecto de esa índole se sitúa en un porvenir indeterminado ¿es posible concebir soluciones de sustitución que, en espera de algo mejor, den una respuesta, siquiera parcial, a los problemas de la protección social para beneficio de la población rural? Estas interrogantes no pueden dejar de tener eco en el seno de nuestra Asociación, la

cual ya ha intentado darles respuesta en varias ocasiones; citaré, como ejemplo, las Mesas Redondas sobre la protección de la población rural que han tenido lugar en el año 1980, en Kuala Lumpur, para la región asiática, y en Porto Alegre, en el ámbito de la región americana. Las tareas de ambas reuniones demostraron a las claras tanto la extrema dificultad de los problemas planteados como la necesidad de adoptar un enfoque realista, a la vez que innovador, y en ellas se formuló el deseo de que se prosiga activamente con el estudio de la misión que desarrollan en el medio rural las instituciones de seguridad social o de otras formas de intervención que las prefiguren. La presente reunión nos ofrece muy acertadamente una nueva ocasión para ello.

La voluntad de la AISS de examinar en profundidad el problema de los grupos de población que aún se hallan apartados de toda medida de protección social es tan sólo una manera distinta de expresar la noción de solidaridad, fundamento mismo de la seguridad social.

Es una actitud normal el que partiendo de la solidaridad dentro del sistema se logre identificar vínculos de solidaridad entre quienes se benefician plenamente de la seguridad social y los que aún no se benefician de ella. Esta actitud nos causa tanta mayor satisfacción cuanto que se opone a la tendencia alentada por la crisis económica en que nos hallamos de poner en duda los principios fundamentales de la seguridad social y negar los progresos realizados en la tarea de construir una sociedad más justa y más próxima al ideal de la paz social.

### **Señoras y señores**

Si la comparamos con otras reuniones interregionales de la AISS, la presente tiene la originalidad de adoptar, como base de sus tareas, las informaciones de primera mano que se nos brindarán en los próximos días con la presentación y la observación de la experiencia directa adquirida por el país que nos acoge en este momento. Es cierto que esta experiencia es notable en más de un aspecto, ante todo porque demuestra la solidaridad en acción. Se ha recogido el reto de marcar la presencia de la institución de la

seguridad social en los grupos marginados de las zonas rurales, no obstante ser los más alejados en el espacio y en el tiempo, de toda forma moderna de protección social. Esta experiencia rica en enseñanzas podrá compararse gracias a los autores de las monografías preparadas para esta reunión y también, espero, a las contribuciones de los participantes, a otras más que difieren en cuanto al análisis de las necesidades prioritarias de los grupos marginados, a la evaluación de la importancia atribuida al aspecto sanitario de los programas o a la aportación de las instituciones de seguridad social al aplicar estos programas.

Nadie, sin embargo, podrá dudar de que, superadas estas diferencias, hallaremos nuevamente los mismos objetivos de solidaridad y de justicia social.

La Mesa Redonda de Oaxtepec, al igual que las diversas experiencias en que se sustenta, nos invitan a abrir nuevas vías para una acción más eficaz. En esta época, en que hay tendencia a sacrificar el desarrollo social a las exigencias de índole económica a corto plazo, es importante que puedan celebrarse reuniones como la presente. De este modo podremos demostrar que, pese a las vicisitudes del momento actual, nuestras instituciones no renuncian a su misión principal, ni escatiman sus esfuerzos para seguir avanzando por la vía del progreso social.

## **DISCURSO INAUGURAL DEL SECRETARIO DE SALUD DE MEXICO, DOCTOR GUILLERMO SOBERON ACEVEDO**

Me es muy grato, en nombre del gobierno de la República, declarar formalmente inaugurados los trabajos de la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados en las Zonas Rurales.

La experiencia de nuestro país en extender la cobertura de los servicios de salud en zonas de bajo desarrollo económico y social es amplia y valiosa. En particular, el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR ha tenido frutos importantes para el bienestar de millones de mexicanos.

Ese programa, que será conocido en esta Mesa Redonda, fue confiado por el gobierno mexicano al Instituto Mexicano del Seguro Social, para aprovechar la capacidad técnica y logística de esta gran institución de seguridad social. En breve plazo se amplió la infraestructura de manera espectacular y se aprovechó la conjunción de recursos fiscales federales con la capacidad institucional y la participación comunitaria.

El señor presidente De la Madrid ha dado prioridad al fortalecimiento del federalismo y con tal propósito desde sus primeros días de gobierno señaló que en su mandato serían descentralizadas la salud y la educación; con ese fin, el 8 de marzo se publicó el Decreto Presidencial que ordena que el Programa IMSS-COPLAMAR, junto con los servicios asistenciales, sean descentralizados a los Estados para que se integren sistemas estatales de salud bajo la responsabilidad operativa de las autoridades locales.

En la etapa de descentralización, mucho habrán de aprovecharse los recursos logísticos del Instituto Mexicano del Seguro Social así como su probada vocación solidaria. La participación del Instituto contribuirá a cuidar la prestación de los servicios y a mejorarla.





El secretario de Salud de México, doctor Guillermo Soberón Acevedo, en el momento de declarar formalmente inaugurados los trabajos de la Mesa Redonda. En el presidium de izquierda a derecha el licenciado David Jiménez González, secretario general del Estado de Morelos, representante personal del Gobernador Constitucional del Estado, doctor Lauro Ortega Martínez; licenciada Ana Laura Ortega Vila, presidenta del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el Estado de Morelos; licenciado Ricardo García Sáinz, director general del IMSS y presidente del CPISS; señor Vladimir Rys, secretario general de la AISS, y licenciado Emilio Rabasa Gamboa, director del CIESS.

**LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES  
Y LA SEGURIDAD SOCIAL A LOS  
GRUPOS MARGINADOS RURALES**



GROUP MEMBERS AT MEETING



Aspecto general de la Reunión. Los delegados de Guatemala, Filipinas, EUA, Corea, Honduras, India, Ruanda, Kenia, Nicaragua, Togo, la URSS y México.



# PROBLEMATICA INTERNACIONAL DE LA PROTECCION SOCIAL DE LOS GRUPOS MARGINADOS DE LAS ZONAS RURALES\*

Alfredo Mallet\*\*

\* Documento de introducción presentado por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS),<sup>1</sup>

\*\* Consultor de la AISS.



## INTRODUCCION

Tanto la Asociación Internacional de la Seguridad Social como la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su Comité Permanente, en sus largos años de actividades, han dedicado particular interés a promover el desarrollo y mejoramiento de la protección de la población rural por la seguridad social.

Sería demasiado extenso enumerar aquí las investigaciones y los estudios que una y otra organización han efectuado a este respecto, las reuniones internacionales en que se comprendió el examen de las cuestiones suscitadas por la aplicación de la seguridad social al sector rural, los acuerdos y resoluciones adoptados.

Resulta muy oportuno y acertado que ahora la CISS y su Comité Permanente hayan convocado a una mesa redonda para tratar de la protección social de los grupos marginados de las zonas rurales que, por ser muy desamparados y lamentablemente numerosos en no pocos países en desarrollo, merecen preferente atención.

Por estas razones la AISS se complace en asociarse a esta iniciativa y conforme al punto 1 del Orden del Día de la reunión aporta esta ponencia sobre la problemática internacional de la protección social de esos grupos.

Salvo excepciones, no es posible separar el examen de la protección a tales grupos de las dificultades que se plantean y de las formas de enfrentarlas cuando se trata en general de extender la seguridad social a las áreas rurales. Por esta razón, y aparte ciertos casos, en las páginas que siguen se presentan problemas, se describen experiencias nacionales y soluciones intentadas, que no son específicas ni exclusivas respecto de los grupos marginados.

No se dispuso de tiempo suficiente para enviar un cuestionario a las instituciones miembros de la AISS, esperar respuestas, ordenarlas y clasificarlas. Por lo tanto, se ha efectuado una investigación utilizando solamente la documentación y los antecedentes disponibles en las sedes de la AISS y de la OIT.



Cuando se cita la experiencia de uno o más países y se omite mencionar a otros, ello no significa de ninguna manera que en estos últimos no existan actividades de protección de los grupos marginados rurales sino que no se dispone de información. Incluso respecto de las experiencias nacionales que se mencionan hay que tener en cuenta la velocidad con que cambia la legislación en algunas partes y los innegables progresos que se van realizando, de modo que alguna referencia en este documento puede estar sobrepasada por la situación actual. La exposición de experiencias nacionales prevista en el punto 3 del Orden del Día de la Mesa Redonda permitirá entonces completar el cuadro del presente estado de la protección de los grupos marginados rurales.

## DEFINICION DE LOS GRUPOS MARGINALES

Para examinar la problemática internacional de la protección social de los grupos marginados de las zonas rurales parece útil empezar intentando aclarar a qué personas o agrupaciones del sector rural conviene esta calificación. En efecto, al convenir sobre este punto se podrá deducir cuáles son sus necesidades esenciales y por tanto las más adecuadas formas de protección. Habrá que entender la marginalidad en un sentido sociológico o socioeconómico y no como se usa el término en economía. Una empresa marginal es aquella cuyo costo de producción es casi igual al posible precio de venta del producto y por tanto, está en peligro de liquidarse si el precio del producto baja algo. Por "marginalismo" se designa una teoría económica que explica el valor de cambio de un producto en relación con la utilidad del menor de sus componentes. No es del caso mencionar aquí las teorías sobre "marginalidad" en el sentido económico del término.

Tampoco se empleará en este documento la expresión "marginados" en un sentido estrictamente cultural, según el que pueden estimarse marginados aquellos que pertenecen a grupos étnicos y lingüísticos diferentes de los que predominan en la sociedad en que existen. Indudablemente, la marginalidad cultural y la marginalidad socioeconómica se confunden a menudo, como es el caso, por ejemplo, de los grupos indígenas de América Latina.

Puesto que la Mesa Redonda se desarrolla en México, puede empezarse por adoptar para definir los grupos marginales, los indicadores que señala R. García Sáinz en su documento sobre México *Seguridad social y servicios sociales para grupos marginales* (ISSA/GA/XXI/RT/5), es decir, aquellos que reflejan la falta de servicios sociales, de salud y educativos, el creciente desempleo y subempleo, la baja productividad y las deficiencias nutricionales, entre otros. Como se ve, esta definición va más allá de los aspectos estrictamente económicos y caracteriza todo el contorno en el que se encuentran los grupos en cuestión.

Pero de uno a otro país, sociólogos, economistas y responsables de la política de ayuda a los grupos más desfavorecidos del sector rural presentan definiciones diferentes, por lo general basadas en

40. criterios económicos. Es el nivel de recursos el que determina la calificación de un grupo o de un individuo del sector rural en situación de pobreza.

Un autor, Jules Klanfer, afirma que "la pobreza no es la marginalidad". Empuja a la marginalidad pero no lleva necesariamente a ella. Según él, al calificar a un campesino de marginal, el término se aplica al tamaño y rendimiento de su pequeña explotación agrícola, no a su posición social, y el interesado es a veces un miembro respetado y perfectamente integrado a su comunidad aldeana. Agrega que, a su juicio, las familias marginales rurales no son precisamente las que habitan en zonas rurales en decadencia sino aquellas miserables que viven en el aislamiento y el desprecio en su medio rural.<sup>1</sup> Para los efectos prácticos de este documento se puede admitir que mucha pobreza llega a ser equivalente de marginación y que interesa entonces observar qué se ha hecho en algunos países para ayudar a los grupos rurales en situación de pobreza y cuál es para esos efectos la definición de "pobre" en el sector rural.

Por ejemplo, en la India, B.S. Minhas estima el nivel de pobreza rural según el ingreso de los miembros de las comunidades rurales que estén por debajo del mínimo vital legal: un ingreso de 20 rupias al mes per cápita (precios de 1960-1961) sería la línea divisoria entre los que se hallan en situación de pobreza y los que no lo están. Completa su definición tomando en cuenta si esas personas trabajan tierras o no, y en este último caso, si la superficie de cultivo es inferior a cierto mínimo.<sup>2</sup> Para el mismo autor, se presta a ambigüedades definir ciertos grupos de población, tales como campesinos sin tierras, cultivadores marginales, miembros de ciertas tribus, de ciertas castas definidas (se trata de la India) y otras categorías de población desfavorecidas.

Una investigación mostró que en la India, pobladores rurales "en la miseria" se caracterizaban por: no poseer tierras, carecer si-

1. Jules Klanfer, *Le sousdeveloppement humain*. Editions ouvrières, París, 1967.
2. B.S. Minhas, *Rural development for weaker sections*. Indian Society of Agricultural Economics, Seminar Series I, Bombay, mayo, 1974.

quiera de un modesto capital, escasa capacidad física para el trabajo, carencia de capacidad empresarial, carencia de educación y de formación profesional. En Sri Lanka, la línea de pobreza se coloca por debajo de un ingreso de 300 rupias al mes para una familia de cinco personas, pero el solo nivel de ingresos no es suficiente característica del pobre rural. Estudios efectuados para calificar la pobreza rural —y por tanto, para eventuales medidas de asistencia pública— toman en cuenta la subalimentación llegando al hambre, la mala salud, muy deficientes condiciones de vida, en algunas regiones falta de protección contra el frío, en ciertos casos cuantía de las deudas.<sup>3</sup> En Gabón, el Ministerio de la Seguridad Social define como “indigente” a toda persona de nacionalidad gabonesa, no asalariada, no beneficiaria de un régimen de seguridad social y que no dispone de recursos monetarios superiores al equivalente del salario mínimo interprofesional garantizado. En el sector rural se observa que esta definición se aplica especialmente a campesinos cuya producción agrícola está próxima a los niveles de mero autoconsumo. La calificación de “indigente” aplicable a personas tanto de zonas urbanas como rurales permite obtener un certificado que se emite después de averiguar los recursos del interesado. Este certificado es necesario para obtener ciertas prestaciones asistenciales; por ejemplo, la hospitalización es gratuita para quienes exhiban tal certificado.

En Tailandia se estima que la línea de gran pobreza se sitúa para el sector rural en un ingreso per cápita inferior a 1 980 bahts anuales,<sup>4</sup> en la inteligencia de que una persona adulta de ese sector necesita como mínimo asignar 1 340 bahts anuales para alimentos y 640 bahts para otras necesidades.

Según dos investigadores del Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe de la OIT, que examinaron la situación

3. Véase Peter Richards y Wilbert Gooneratne, *Basic needs, poverty and government policies in Sri Lanka*, OIT, Ginebra, 1980.

4. En 1980, fecha de la fuente de esta información, un dólar de los Estados Unidos era equivalente a 20.25 bahts.

de la población rural en Honduras y en Panamá, "las condiciones de indigencia de los pobres del campo presentan las características siguientes: carecen de tierra o trabajan por cuenta propia como minifundistas, con bajísima productividad; sufren altos índices de desnutrición y analfabetismo; viven en lugares remotos sin servicios básicos y acceso precario a la atención médica".<sup>5</sup>

A las dificultades para identificar, definir y precisar cuáles son grupos marginados se agrega el hecho de que de un país a otro pueden ser bastante distintas las condiciones y características que llevan a considerar a un grupo como "marginado". Análogamente, el nivel de pobreza basado en cierto ingreso inferior a un mínimo, en los Estados Unidos por ejemplo, alcanza a personas que en ciertos países se considerarían con recursos satisfactorios. La cuantía del ingreso no es por sí sola criterio suficiente para calificar a un grupo rural como "marginado". Se puede estimar que los grupos marginados rurales se componen principalmente de no asalariados, incluyendo así a los arrendatarios y hasta pequeños propietarios de muy reducidas parcelas de tierra, medieros y otros trabajadores agrícolas que existen bajo distintas denominaciones según los países, es decir, a campesinos aparentemente independientes, sin olvidar el grupo de los ocupantes precarios o ilegales de tierras.

El campesino en situación de pobreza o marginado puede encontrarse en esta situación por la conjugación de varios factores: muy pequeña superficie de tierra a su disposición; muy poca capacidad profesional o "empresarial" como cultivador —lo que implica incompetencia en el cultivo mismo y en la selección de los productos más remunerativos— y escaso capital de explotación. En la búsqueda de soluciones para el problema de la población rural en situación de marginalidad o de pobreza habrá que encadenar cada uno de estos factores. Cabe hacer notar que

5. Charlotte Elton y Roberto Pinock, "La evolución de la pobreza rural en Panamá", documento de trabajo PREALC/222. Guillermo Molina y Ricardo Reina, "La evolución de la pobreza rural en Honduras" documento de trabajo PREALC/223, Santiago de Chile.

la eliminación de sólo algunos de éstos no significará eliminar la pobreza, la marginación.

No parece necesario agregar más definiciones que las anotadas sobre marginalidad o pobreza. Bastan para dar una idea general de cuáles son las categorías de personas a las que se refiere el presente informe. Los problemas de la protección social de los grupos marginales en las áreas rurales son semejantes a los que se plantean para la protección de la población rural en general, agravados por la situación económica y cultural de esos grupos.

Al tratar de establecer programas viables para mejorar la situación de los grupos marginales rurales hará falta: a) apreciar cuál es la situación existente, cuáles las más urgentes necesidades y cuáles serán los principales obstáculos para su realización; b) delinear el plan de actividades y las estrategias, técnicas y métodos que conviene utilizar; c) estimar el grado de posible participación de los potenciales beneficiarios en la realización de los programas; d) eventualmente, coordinación con las entidades ya existentes en el sector rural y cuyas actividades guarden relación con los objetivos propuestos.

Este documento se refiere sólo a los grupos marginales de las áreas rurales. No serán examinados los marginales urbanos que suelen representar núcleos muy numerosos en las grandes ciudades, que habitan tugurios, a veces barrios enteros formados por casas levantadas con precarios materiales. Cabe anotar que en parte se trata de habitantes rurales que se han trasladado —con sus deficientes condiciones socioeconómicas, es decir, con su “marginalidad”— a los centros urbanos. Disminuir la extrema pobreza y la marginalidad de los grupos rurales tiene el efecto de disminuir las urbanas.

Tampoco estarán comprendidos aquellos cuya condición rural es incierta como por ejemplo los gitanos y otros nómadas que pueden ser relativamente sedentarios. Serán marginales en el sentido cultural dado que aparecen, por sus costumbres, al margen de la sociedad en que se mueven. No obstante su muy modesto nivel de vida, aparentemente la solidaridad dentro de su grupo les procura cierta protección al menos frente a las necesidades esenciales.

## LA PROTECCION SANITARIA Y SOCIAL DE LOS GRUPOS MARGINALES

Entre los diferentes aspectos de la protección requerida por los grupos marginados en las áreas rurales debe considerarse que tiene prioridad la protección de la salud. Un individuo que por su débil situación económica y social se sienta desamparado, querrá en primer término poder confiar en que obtendrá cuidados médicos para sus hijos, su mujer y para sí mismo. Aspiraciones tan importantes como la educación, el empleo, la posesión de tierras, la vivienda, vienen después del primordial deseo de la preservación de la salud y por tanto, de la vida misma de su grupo familiar. Es significativo que México, un país que se ha preocupado específicamente de sus grupos sociales marginados, al elaborar un programa para su protección haya dado a éste la forma de un sistema de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria para el jefe de familia, la esposa o compañera y sus hijos.

Ahora bien, la extensión de los cuidados de salud a las áreas rurales enfrenta serios problemas en los países en desarrollo. La limitada o nula cobertura de los regímenes de seguridad social al sector rural en la mayoría de esos países es expresión de las dificultades que encuentran, no obstante que el financiamiento de tales regímenes se basa por lo general en el aporte de los trabajadores, de los empleadores y en muchos casos del Estado. Entonces, es fácil comprender cómo se acrecientan las dificultades cuando se trata de proteger a grupos con muy débil o ninguna capacidad contributiva. Los grupos marginados del sector rural así como los calificados en situación de pobreza, de hecho están fuera de la protección de los regímenes de seguridad social pues no tienen empleo o al menos algún oficio con relativa estabilidad que les proporcione la posibilidad de cobertura de la seguridad social. Como excepción notable a lo dicho, en México, el Programa IMSS-COPLAMAR favorece a los grupos marginados del sector rural sin condiciones de cumplir un período de cotización ni pagar cotizaciones; ya se indicó que el Programa está administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que además suministra recursos humanos y materiales para su operación.

En general, la forma como se ponen a disposición de los grupos marginados los servicios de protección de la salud varía según el contexto nacional.

## **1. Modalidades de la protección de la salud en el medio rural**

### **La asistencia pública**

Cabe mencionar, en primer término, la asistencia pública tradicional. La persona que solicita los cuidados médicos a las instituciones de asistencia pública no invoca un derecho; debe probar que se encuentra "en estado de necesidad", prácticamente en la indigencia, y aceptar que se averigüe cuáles son sus recursos, con la humillación que esto implica. Pero además hace falta que existan el personal y las instalaciones en el área rural en que reside, lo que en muchos lugares no ocurre.

Algunos ejemplos de países en desarrollo, cuyos servicios médicos rurales están abiertos también a los grupos marginados o en gran pobreza: en la República de Corea el programa de ayuda médica protegía en 1980 a alrededor de 2 134 000 personas en estado de necesidad, tanto de las áreas rurales como de las urbanas. Había ese año 2 396 clínicas para atención primaria y 220 hospitales para tratamiento secundario. El Estado cubre los gastos médicos de las personas incapaces de mantenerse por sí mismas. Se estima que más del 60% de los 1 048 000 pacientes que recibieron asistencia médica en 1979 eran habitantes rurales, si bien sólo una minoría de éstos podía en realidad estimarse en situación de pobreza o de marginalidad.<sup>6</sup> En Indonesia programas para los pobres en estado de necesidad incluyen cuidados de la salud. En Grecia los dispensarios rurales y los hospitales estatales proporcionan asistencia médica básica a los agricultores, pero

6. Hans Eaj Chhabra, "National strategies for the provision of rural social security in developing countries of Asia", ISSA, Mesa Redonda Regional Asiática sobre la Protección de la Población Rural en Materia de Seguridad Social en los Países en Desarrollo. Kuala Lumpur, julio 1980.



ello sujeto a examen de los medios económicos del interesado, lo que señala un carácter asistencial.<sup>7</sup>

### **La seguridad social**

Otra forma de protección de la salud para los grupos de referencia es la que ofrecen aquellos regímenes de seguridad social que han extendido su campo de aplicación a todo el territorio del país y a toda su población. Limitando los ejemplos a países en desarrollo de la América Latina cabe citar a Costa Rica, donde la "universalización" de la seguridad social prescrita por la Constitución incluye la generalización del derecho a la asistencia médica; en principio los protegidos por la seguridad social deben aportar sus cotizaciones y si trabajan en relación de dependencia, sus empleadores también cotizan, pero aquellas personas cuya situación socioeconómica no les permite pagar cotización se consideran aseguradas por el Estado; por lo demás, el Estado contribuye al financiamiento del conjunto del sistema de seguridad social cediendo el producto de diversos impuestos. En Cuba toda la población tiene derecho a prestaciones de salud.

### **Sistemas mixtos basados en la solidaridad social**

México constituye un ejemplo importante de aplicación del principio de la solidaridad social. Históricamente las prestaciones de la asistencia social, en los países en que existen, han sido reconocidas al beneficiario no como un derecho sino como una gracia y sujetas a la comprobación de la penuria económica del solicitante. Representan una supervivencia de los antiguos conceptos de caridad o beneficencia. La creación de los seguros sociales por Bismarck hace un siglo significó el reconocimiento de un derecho a ciertas prestaciones en virtud de la pertenencia a una determinada categoría laboral y del pago de una contribución; la primera rama instituida fue precisamente el seguro de enfermedad. Las ideas de Beveridge modifican la condición de pertenecer a ciertas

7. Kenneth Thompson, "Outline of selected rural social security schemes in developing countries outside Asia", ISSA, Mesa Redonda Regional Asiática, Kuala Lumpur, julio, 1980.

categorías, afirmando que "todas las personas deben poder disponer de todos los servicios médicos". En no pocos países la seguridad social cubre ahora a toda la población o se admiten prestaciones no contributivas.

La novedad del caso mexicano está representada por la afirmación de un nuevo concepto doctrinario, el de la solidaridad social. Conforme al artículo 237 de la Ley del Seguro Social "El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social." Y el artículo 236 de esa Ley indica en qué consistirán los servicios de solidaridad social; se trata específicamente de la protección de la salud. Expresa R. García Sáinz: "Así, los alcances de la doctrina clásica de los seguros sociales están siendo enriquecidos por una concepción integral de la seguridad social en México. A la protección que se brinda a los trabajadores con capacidad contributiva se suma el servicio solidario que proporciona el Estado a quienes carecen de empleo o no cuentan con los suficientes ingresos económicos para compensarlo."<sup>8</sup>

Otras experiencias nacionales se apoyan igualmente en la noción de la solidaridad social y atribuyen, como en México, un papel principal a la administración de la seguridad social para el establecimiento del equipo y del personal sanitario. A este respecto se citarán especialmente los ejemplos de Malí y de Filipinas.

Cabe subrayar que la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>9</sup> expresa que "toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social ..." y la Declaración Americana-

8. R. García Sáinz, Mesa Redonda Regional Asiática, Kuala Lumpur, julio, 1980.

9. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, París, 1948.

na de los Derechos del Hombre<sup>10</sup> reafirma el mismo derecho. El que los servicios de solidaridad social permitan poner a disposición de los grupos marginados uno de los más importantes componentes de los servicios de la seguridad social, la asistencia médica, significa llevar a la práctica el reconocimiento de este derecho.

### **La atención primaria de la salud**

Las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud y las Asambleas Mundiales de la Salud (concretamente en 1977 y 1979) señalan la meta de salud para *todos* los ciudadanos del mundo. La Conferencia OMS-UNICEF de Alma Ata (1978) incluso puntualizó un plazo: "Salud para todos en el año 2000". No hace falta anotar que al decir "todos" incluye a los grupos marginados o en situación de gran pobreza, del sector rural.

La Conferencia propuso como estrategia para alcanzar el objetivo señalado, la atención primaria de salud, que definió en esta forma: "La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad."

Expresa un estudio de la AISS que en algunos países asiáticos en desarrollo la atención primaria se ha aplicado como una expansión de los servicios básicos de salud estatales, en otros como una parte de la acción de las comunidades y en otros como una combinación de ambas iniciativas.<sup>11</sup>

10. Aprobada en la Novena Conferencia de la Organización de los Estados Americanos, Bogotá, 1948.

11. W.R. McGillivray, "Observations on the provision of social security protection to rural workers and their dependants". ISSA, Mesa Redonda Regional Asiática, Kuala Lumpur, julio, 1980.

Naturalmente, dentro de estos tres tipos de acción hay variaciones específicas de cada país. Donde la atención primaria de salud ha sido promovida por la propia comunidad la expansión de los servicios básicos de salud estatales se ha manifestado proporcionando el necesario adiestramiento, logística, consejo técnico y supervisión.

Los servicios para atención primaria en esos países se ha estimado que deben ser accesibles, aceptables, adecuados y ampliamente utilizados para este fin. Deben enfrentar los problemas de salud de la población rural considerando el nivel de salud y las enfermedades prevalentes en la localidad. Generalmente, la mayoría de los problemas pueden encararse utilizando una tecnología simplificada y una terapéutica muy sencilla, proporcionada por un trabajador de la salud basado en la aldea. Este trabajador necesitará un adiestramiento apropiado, aunque de corta duración, complementado con continuo readiestramiento en el terreno, con el apoyo y la supervisión de la comunidad local y del personal del servicio de salud. Es deseable que este trabajador no sólo proporcione cuidados mínimos de salud a la población de toda una aldea sino que además participe en otros programas comunales de desarrollo. La atención primaria de salud, como parte integral del sistema de salud y globalmente de todo el programa de desarrollo económico y social, debe descansar en una adecuada *coordinación* a todos los niveles entre el sector salud y otros sectores a los que concierne la acción al respecto.

Dice un documento de la Organización Panamericana de la Salud:<sup>12</sup> "La atención primaria reconoce e incorpora conceptual y prácticamente las acciones que la propia comunidad ha realizado tradicionalmente para la atención de la salud, orienta estas

12. OIT. Consulta técnica regional sobre estrategias para el desarrollo de los programas de salud de la seguridad social. Jorge Castellanos, "Políticas y metas regionales de salud: conceptos básicos y componentes de la atención primaria". Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1982.

acciones y favorece su articulación y armonización con las acciones propias de los sistemas organizados de servicios de salud.”

En resumen, la atención primaria de salud, dados los medios más bien modestos que requiere su aplicación, representa un sistema muy adecuado para la protección de la salud de los grupos marginados.

Esta estrategia puede conjugarse con los esfuerzos para alcanzar la meta de “universalización” de los regímenes de seguridad social. La cobertura universal se ha alcanzado no sólo en numerosos países industrializados sino también en diversos países en desarrollo. En la medida en que la seguridad social se vaya extendiendo hasta alcanzar a todo el territorio de un país y a toda su población se irán solucionando problemas de los grupos marginados. Mientras no se llegue a esa meta harán falta disposiciones especiales para atender las necesidades mayores de esos grupos.

## **2. Problemática de la protección de la salud en el medio rural**

Las cuestiones planteadas por la extensión de la asistencia médica a los sectores rurales en los países en desarrollo han sido ya evocadas en reuniones internacionales y en estudios de expertos.<sup>13</sup> Los problemas pueden resumirse así: insuficiencia de establecimientos y equipos para la atención médica, unida a la falta de recursos para construir nuevas unidades de atención y para dotarlas; escasez de médicos, enfermeras y otro personal paramédico, aumentada en muchos países por la renuencia de los profesionales para irse a vivir bajo las difíciles condiciones del medio rural; en fin, dispersión de la población en considerables extensiones territoriales, con baja densidad de habitantes y deficiencias en cuanto a caminos, telecomunicaciones, etcétera.

13. Ver por ejemplo: Alfredo Mallet, “La protection sociale de la population rurale”. *Révue Internationale de Sécurité Sociale*, No. 3/4 1980, Ginebra, AISS.

### Insuficiencia de establecimientos y equipos

Aparentemente, la solución que parecería obvia sería la de construir tantos establecimientos como hicieran falta y dotarlos de los equipos necesarios. Es la forma en que México enfrentó el problema en el ya citado Programa IMSS-COPLAMAR. Se realizó un enorme esfuerzo de construcción de nuevos consultorios y de ampliación o remodelación de los ya existentes, en tal forma que a fines de 1982 estaban operando 3 025 unidades médicas rurales, 8 hospitales rurales con atención del primer nivel y 52 hospitales con atención integral; se trata de instalaciones destinadas no sólo a los grupos marginados sino a toda la población protegida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, pero la decisión de proporcionar cuidados de salud a aquellos grupos fue determinante para el tan vigoroso impulso que se dio al desarrollo de establecimientos y equipos para atención rural.<sup>14</sup>

Como en muchos países en desarrollo no existen los recursos financieros o la voluntad política para emprender una construcción y dotación en gran escala de unidades de atención médica rural, se ha apelado a otros medios:

i) Se puede recurrir a la *integración*, es decir, a la fusión de los establecimientos y personal para la protección de la salud existentes en el sector rural a fin de obtener su rendimiento máximo. Entre las experiencias en este sentido cabe citar a Costa Rica, en donde en virtud de una ley se traspasaron a la Caja Costarricense de Seguro Social todos los hospitales de los llamados Patronatos y de las Juntas de Protección Social; la Caja pasó a tener la obligación de proporcionar asistencia médica a la población rural en general incluyendo a quienes no son sus asegurados cotizantes, para lo cual la legislación le asignó nuevos recursos. En Cuba, a

14. No se aportan más detalles ni datos estadísticos dado que el segundo punto del Orden del Día de la Mesa Redonda confía a México la presentación de una ponencia sobre "Acciones de las instituciones de seguridad social en las áreas marginadas rurales" y sin duda se presentarán allí informaciones y pormenores sobre la experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR.

partir de 1960, se integraron en el Ministerio de Salud Pública y sus dependencias todas las entidades y los servicios médicos, públicos y privados así como el comercio e industria farmacéuticos. Chile fue el primer ejemplo de la política de integración en América Latina cuando en 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud fusionando en él el personal y los establecimientos de la Caja de Seguro Obligatorio (seguro social para los obreros), de la Beneficencia Pública (asistencia social), de la Dirección General de Sanidad, de las municipalidades y de otros organismos estatales. En principio, toda la población tenía acceso a las unidades de salud del Servicio Nacional de Salud, incluyendo a los grupos en situación de pobreza o marginalidad. Actualmente, en virtud de los principios adoptados en ese país de "privatización" de la seguridad social se ha bloqueado el desarrollo del Servicio Nacional de Salud. En la India se realizó a partir de 1973 un proyecto llamado "Servicios Integrados de Salud Rural" o Proyecto "Miraj". La integración comprendió los servicios existentes de planificación familiar, de atención madre y niño, de acción antipalúdica, de acción antituberculosa, servicio para leproso y Escuela de Salud. Los servicios integrados del Proyecto han prestado atención a una considerable población rural, incluyendo los grupos marginados. En Nicaragua a partir de 1979 se ha procedido a la integración en un Sistema Nacional Único de Salud de los servicios médicos del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, de la Junta Nacional y de las Juntas Locales de Asistencia y Previsión Social, así como de otros servicios que daban cuidados médicos. En Panamá, a partir de 1973 se ha producido una integración de los servicios de protección de la salud en el seno de la Caja de Seguro Social, que finalmente cubrirá todo el país. En Tailandia en principio existe un sistema universal de salud pública pero resulta sólo nominal pues apenas un 15% de la población rural utiliza sus establecimientos; un 51% prefiere servicios médicos privados o recurre a las prácticas de la medicina tradicional (curanderos, hierbas, etc.). Muchos centros de salud u hospitales de distrito son poco usados mientras los campesinos viajan a largas distancias para acudir a hospitales provinciales. Esto indicaría falta de información a la población rural acerca de la conveniencia de aprovechar mejor los servicios oficiales existentes. Quizás no es sólo cuestión de información. Parece existir cierta desconfianza

entre los campesinos acerca de la competencia profesional del personal de los establecimientos locales o de distrito, o acerca del trato que allí se les da.

Los ejemplos citados —podrían mencionarse otros más— parecen suficientes para apreciar que la integración de los establecimientos y del personal es conveniente para suplir hasta donde sea posible la insuficiencia de establecimientos y equipos, mejorar el rendimiento de los medios existentes y hacer así posible la extensión de los servicios de salud en el área rural y la atención a los grupos marginados. La Organización Panamericana de la Salud, en publicaciones y en reuniones internacionales, ha aconsejado la integración de los servicios para protección de la salud.

ii) La *coordinación* de los servicios se sustenta cuando las condiciones locales o nacionales no son favorables para una integración total. Trabajadores y empleadores pueden ser unos y otros opuestos a la integración en una sola entidad de establecimientos de la seguridad social que han sido creados con sus recursos para esos trabajadores y que funcionan en buena parte con sus aportes financieros; pueden temer además que la calidad de los servicios fusionados se deteriore.

Por coordinación se entiende una muy estrecha colaboración, institucionalizada y reglamentada, entre los organismos de protección de la salud pero manteniendo cada uno su propia identidad, su autonomía y condición jurídica. En todo caso la coordinación incluye una planificación y una orientación unificadas en la cima. Algunos ejemplos de coordinación, limitados a países de América Latina:

En el Brasil el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) realiza la coordinación del sistema de salud pública con otras instituciones de asistencia médica. Proporciona la asistencia tanto en el área urbana como rural, incluyendo servicios a los indigentes; en esta última categoría se comprenden los grupos marginados o en situación de pobreza. Existe un convenio de cogestión entre los Ministerios de Salud y



de Previsión y Asistencia Social tendiente a la plena utilización de la capacidad instalada de las unidades hospitalarias.

En la República Dominicana para proporcionar asistencia médica en el sector rural se han coordinado las actividades del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, de las Fuerzas Armadas, de la Cruz Roja Dominicana y de la Defensa Civil.

Uno de los ejemplos más destacados de coordinación es el convenio suscrito en 1979 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, de la Presidencia de la República. Reviste especial interés para los fines del presente documento porque se estableció específicamente para la protección de los grupos marginados mientras que los otros casos de coordinación citados, así como los de integración, se han dirigido a solucionar o a atenuar los problemas que se plantean para la asistencia médica rural en general y no especialmente concebidos sólo para la población marginal.

iii) La *contratación de servicios* es otra modalidad que permite hacer llegar la asistencia médica a las áreas rurales y eventualmente a grupos marginados. La institución llamada a proporcionar los cuidados médicos puede así evitarse la necesidad de crear una extensa red de hospitales, clínicas y dispensarios rurales, con la elevada inversión que supone construirlos y dotarlos de los aparatos e instrumental necesarios. En algunos de los países que han adoptado este sistema, parte de los pagos por los servicios prestados ha servido para ampliar o modernizar los establecimientos existentes. Limitando los ejemplos a América Latina, han aplicado la contratación en:

Argentina, donde el Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines (ISSARA) no proporciona directamente la asistencia médica sino que la contrata con terceros o con los servicios públicos de salud. Los habitantes rurales no cubiertos por el ISSARA pueden obtener gratuitamente atención en los hospitales provinciales y municipales si prueban su estado de ne-

cesidad. En el Brasil el programa de asistencia médica para el trabajador rural recurrió en gran escala a la contratación de servicios, proporcionando a los establecimientos contratados equipos ambulatorios y equipos odontológicos y hospitalarios. El Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) —al que ahora corresponde proporcionar asistencia médica también en el sector rural— ha celebrado numerosos convenios con otros organismos gubernamentales a nivel federal, estatal o municipal, con universidades y hospitales para docencia, con sindicatos, con empresas que tienen servicios propios y con personas naturales o jurídicas de carácter privado. En Colombia el Instituto de los Seguros Sociales y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social han recurrido parcialmente, en ciertos casos, a la contratación de servicios. El Instituto Mexicano del Seguro Social también ha celebrado convenios con otras entidades para atender a sus asegurados en determinados lugares. Tiene acuerdos de subrogación con la Secretaría de Salud y Asistencia, la que cuenta con numerosos centros de salud rural. Para la operación del Programa IMSS-COPLAMAR, según ya se indicó, se realizó un gigantesco esfuerzo de construcción de nuevos establecimientos y de ampliación o remodelación de los existentes para hacer viable la asistencia médica de los grupos marginados del área rural.

#### **Escasez de médicos, enfermeras y otro personal paramédico**

Cuando se proyecta extender la asistencia médica a las áreas rurales en los países en desarrollo se tropieza con la dificultad de no contarse con un número suficiente de profesionales para el cuidado de la salud. La situación se agrava por el hecho de que no pocos de estos profesionales son reacios a irse a las áreas rurales, por las muy poco satisfactorias condiciones de vida que, salvo excepciones, prevalecen en esas regiones y por la falta de medios para el perfeccionamiento científico en sus respectivas profesiones (cursos, literatura, etc.). Por añadidura, en algunos de esos países en desarrollo es frecuente el caso de médicos y enfermeras que una vez formados a elevado costo, emigran en busca de mejores expectativas económicas. Es comprensible que el problema sea mayor cuando se aumenta el número de personas

por atender al extender la atención a los grupos marginados, quienes además no están capacitados para contribuir al financiamiento de los servicios.

Ante el problema de escasez de profesionales se ha recurrido a diversos arbitrios:

i) Se impone a los estudiantes o a los profesionales una especie de servicio civil. Puede tratarse de la condición de trabajar cierto lapso en el campo para obtener el diploma o para iniciar el ejercicio profesional en las ciudades. Parece equitativa esta exigencia si se considera que en muchos países las escuelas de medicina son gratuitas para el estudiante pero financiadas con fondos públicos, es decir, por las contribuciones y los impuestos de toda la población, incluyendo los campesinos que por lo general no tienen posibilidad de enviar a sus hijos a una universidad.

Algunos ejemplos de esta modalidad, limitados a países de América Latina: En Colombia, mediante arreglos especiales con la Universidad Nacional, los estudiantes de último año de medicina, odontología y enfermería participan en programas de salud rural. En Cuba, después del sexto año de universidad el egresado debe efectuar el servicio médico rural durante un año; igual obligación para los odontólogos. Además, a partir del tercer curso universitario el estudiante debe trabajar de cuatro a seis semanas cada año en zonas rurales. En México, para obtener el diploma de médico o enfermera éstos deben cumplir un período de "servicio social" en el sector rural. Además, los médicos cumplen el tercer año de "residencia" a que están obligados en unidades médicas de campo. Realizada la etapa de servicio social el IMSS contrata por un año a los médicos que mejor se han desempeñado como asesores auxiliares médicos. Luego se presentan a exámenes para residentes de medicina familiar, lo que obliga al graduado a prestar servicios en una clínica-hospital de campo. En la unidad médica rural el médico realiza su servicio social bajo la supervisión constante de un asesor auxiliar médico. Para llevar adelante el Programa COPLAMAR que ha significado otorgar cuidados de salud a muchos millares de personas en situación de marginación en las áreas rurales, se han utilizado

los servicios de gran cantidad de médicos que cumplían su servicio social.

Frente a la escasez de enfermeras el Instituto Mexicano del Seguro Social mantiene a su costa una escuela de enfermería. Para reclutar el personal auxiliar de enfermería se seleccionan dos jóvenes de la localidad sede de la unidad médica rural que cuenten con escolaridad primaria o secundaria y cuando se trata de comunidades indígenas, que sean bilingües. Siguen un curso de adiestramiento de dos meses en un hospital de zona del IMSS. Este sistema de reclutamiento ofrece entre otras ventajas la de que ese personal ayuda al médico —por lo general ajeno a ese medio— a comprender los valores culturales y las actitudes de la población nativa en materia de salud, medicina, higiene y las formas de resolver los problemas, además de que sirven de traductoras —cuando es el caso— entre el paciente y el médico.

En Panamá hay reglamentos que obligan al personal médico y paramédico de la Caja de Seguro Social a prestar servicios en zonas rurales. En la República Dominicana los estudiantes de medicina, antes de recibir su título, conforme a los programas de "servicio social" tienen que actuar uno a dos años como responsables de acciones preventivas y curativas en determinadas comunidades rurales.

ii) Se ofrecen algunos incentivos, económicos o de otro orden. Por ejemplo en Panamá se otorga una asignación suplementaria del 20% del sueldo al personal que trabaja en lugares alejados. Para mejorar las condiciones de vida del personal destacado en el campo, en Cuba se han construido viviendas para el personal médico y paramédico junto al hospital rural; Ecuador proporciona habitaciones para las auxiliares de enfermería en el local del dispensario del Seguro Social Campesino; en México hay habitación para el médico residente en las clínicas de campo.

iii) Se utiliza personal que tiene una formación algo inferior a la de un profesional diplomado. Se trata de personas sin título universitario pero que cuentan con algunos estudios y en todo caso, han recibido un adiestramiento apropiado. Por supuesto, este sis-

tema debe aplicarse con prudencia y discreción, sin desmedro de la eficacia de la protección a la que el poblador rural tiene derecho. Algunos ejemplos:

En Afganistán han existido los trabajadores de salud rural, quienes han recibido un limitado adiestramiento en ciertos aspectos prácticos de salud en la aldea. También se han aprovechado los servicios de las parteras tradicionales, las llamadas "dais", las que con cierto adiestramiento han prestado útiles servicios, en especial educando a las madres en cuidados prenatales, alimentación infantil, planificación familiar y educación para la salud. Estas mujeres eran en su mayoría analfabetas y mayores de 40 años, no obstante lo cual han prestado gran ayuda dentro del programa de los trabajadores de salud de aldea. En 1979 había más de 500 "dais" trabajando y es significativo que después, no obstante las hostilidades, hayan continuado su actividad como una especie de enfermeras prácticas. En Argentina el Programa Nacional de Salud Rural para aplicar la atención primaria de salud utiliza agentes sanitarios procedentes de las mismas poblaciones rurales; ellos sirven de nexo entre éstas y el sistema de salud existente. Cumplen acciones simples de promoción y saneamiento básico, con alto contenido de educación sanitaria.

En Bangladesh se ha adiestrado a residentes rurales como trabajadores de la salud. Al iniciarse a mediados de 1973, el programa de atención médica rural y planificación familiar se propuso estos objetivos principales: a) adiestrar a residentes rurales como "paramédicos", capacitados para tratar entre 18 y 20 de las enfermedades más corrientes en la zona; b) efectuar inoculaciones y vacunas contra las enfermedades más comunes que podían ser objeto de inmunización; c) motivar y educar a los aldeanos a adoptar medidas de saneamiento y de salud pública; d) formar equipos de mujeres trabajadoras de planificación familiar para distribuir contraceptivos y reclutar personas que acepten las medidas anticoncepcionales, todo ello bajo la guía y supervisión de los "paramédicos". Cada paramédico es responsable de entre 4 000 y 5 000 personas en cinco a ocho aldeas; visita las aldeas una vez por semana o lo más seguido posible, trata de los problemas de salud más comunes, delibera con los campesinos y les

aconseja en medidas de higiene y saneamiento, se preocupa de los problemas de salud de madres y niños acerca de los cuales le haya informado el organizador de la planificación familiar en la aldea. Los médicos actualizan el adiestramiento de los paramédicos, cuidan a los pacientes que les fueron transferidos por aquéllos y supervisan el trabajo de los paramédicos mediante frecuentes visitas al terreno.

En el Brasil los conductores de los ómnibus-ambulatorios reciben instrucción para proporcionar algunos servicios elementales de enfermería mientras el ómnibus está detenido en alguna localidad rural. El Seguro Social Campesino del Ecuador emplea en sus dispensarios a una auxiliar de enfermería en vez de una enfermera diplomada. En Gambia se aprecia la colaboración de los curanderos tradicionales y hasta se ha hecho recolección de las plantas y otros productos que ellos utilizan, para verificar sus efectos. En Honduras los "guardianes de la salud" —que no forman parte del personal del Instituto Hondureño de Seguridad Social— son hombres de campo a quienes se ha enseñado para que en su respectiva comunidad puedan atender casos muy sencillos de enfermedades, efectuar vacunaciones, difundir principios elementales de higiene, todo ello bajo la supervisión de enfermeras de los centros de salud. En México el IMSS prepara "promotores rurales" para actividades de vacunación, desparasitación, instrucción dietética y campañas de aseo personal. En Níger se ha procedido a la formación de enfermeros prácticos; deben ser voluntarios, siguen un adiestramiento muy sumario que los capacita para limpiar heridas y administrar medicamentos muy simples. En Colombia las "promotoras de salud" han dado notables resultados; son habitantes de comunidades rurales con una modesta formación primaria; adiestradas intensivamente en cursos de dos meses quedan capacitadas para proporcionar adecuados servicios de salud. En la República Dominicana, para desarrollar el programa del Departamento de Atención Rural Dispersa se emplean "promotores de salud". El promotor seleccionado por cada comunidad campesina reside permanentemente en ellas y es adiestrado para efectuar acciones mínimas de fomento, protección y recuperación de la salud. La labor del promotor es supervisada a nivel de la clínica rural, a cuyo frente hay un director médico.

En Togo actúan equipos de promotores de salud —generalmente un hombre y una mujer— para grupos de aldeas, cinco por ejemplo. Se ocupan de una gran variedad de tareas: socorros de urgencia a los muy necesitados, fomento de actividades comunitarias, alfabetización de adultos, colocación de huérfanos, reducción y reinserción de jóvenes delincuentes y de prostitutas. En algunas localidades de Níger para enfrentar la aguda escasez de obstetras diplomadas se recurre a las tradicionales “matronas” empíricas. Para darles alguna formación técnica se les hace seguir un curso de 10 a 15 días en la maternidad del pueblo, donde reciben instrucción teórica y práctica de una obstetra diplomada. En 1972 había más de 250 de estas “matronas” en actividad en 150 aldeas. Además se ha emprendido con gran empeño la formación de “secouristes”, especie de enfermeros prácticos, así como la de “educadores sanitarios”; muchachos que hayan obtenido su certificado de estudios primarios siguen cursos de seis meses de duración en que se alternan la enseñanza teórica y la práctica. Se ha dado formación a “higienistas” voluntarios, en cursos intensivos pero de sólo ocho días. El higienista insiste sobre la limpieza: recolección de la basura, higiene de los pozos y en general del agua de bebida, lavado de los platos y utensilios utilizados para la comida, lavado del cuerpo y de la ropa, lavado frecuente de las manos; explica a los campesinos cómo se transmiten las enfermedades, a fin de prevenirlas. Los “secouristes” dan cuidados de primera urgencia en caso de heridas, quemaduras, fracturas.<sup>15</sup>

En la India se han desarrollado cursos de seis semanas para mayor adiestramiento de los trabajadores de salud. Se especializa a éstos en vacunaciones, lucha contra el paludismo, coordinadores de planificación familiar, inspectores sanitarios, pero se trata de que queden capacitados para múltiples tareas además de las de su especialidad.<sup>16</sup> En diversos países asiáticos en desarrollo se

15. Guy Bellonge y Georges Fournier. *Santé et développement en milieu rural africain*, Editions Economie et Humanisme, Paris, 1972.

16. *Manpower Journal*, Institute of Applied Manpower Research, Nueva Delhi, julio-septiembre 1975.

propicia utilizar a los curanderos y otros practicantes de ciertas formas de medicina tradicional. Conocen bien el medio en que actúan y cuentan con la confianza de los habitantes. Estos curanderos tradicionales en algunas regiones llegan a proporcionar cuidados de salud casi al 90% de su población rural.

Parece que los ejemplos precedentes bastan para apreciar que en los países en desarrollo la extensión de cuidados de salud a la población rural, incluyendo a los grupos marginados, puede iniciarse sin esperar a que el país respectivo llegue a formar tan gran número de médicos, enfermeras y otro personal paramédico como sería deseable. Se ha visto que dar cierta instrucción a personas sin diploma universitario puede ser una satisfactoria solución transitoria.

#### **Dispersión de la población en extensos territorios con baja densidad de habitantes**

Siendo imposible en los países en desarrollo crear centros de salud con servicios completos en cada núcleo de población rural, se acude principalmente a dos métodos que se complementan:

i) Organización de los servicios jerarquizando las unidades para la salud en diferentes niveles según la distribución de la población y la disponibilidad de personal o de instalaciones; se establece un sistema de referencia de los enfermos, de un nivel inferior al inmediatamente superior.

Expresa un estudio de la Organización Panamericana de la Salud: "La aplicación del concepto de niveles tiene una connotación funcional. La noción de niveles se identifica entonces con las varias instancias o 'planos tecnológicos' (niveles) de resolución de los problemas de salud..." Y en otra parte dice el mismo estudio que en la aplicación del enfoque de niveles se distinguen varios pasos de importancia: "La determinación global de la escala de niveles... la definición de los agentes de servicios... la selección de los lugares o sitios principales de atención... la programación local... la determinación de insumos críticos... el diseño



de la organización administrativa...” Y advierte que “el primer nivel de atención no es sinónimo de atención primaria de salud”.<sup>17</sup>

Ejemplos de la estratificación en niveles para la asistencia médica rural en algunos países de América Latina: en Colombia se va de un nivel A, atención a campesinos en caseríos y aldeas, hasta el nivel E, Clínica Central del Instituto de Seguros Sociales, en Bogotá. En Costa Rica el nivel inferior corresponde al Puesto de Salud, específicamente rural, para grupos de 500 a 1 000 habitantes, con servicios de medicina preventiva y primeros auxilios; sigue la clínica de consulta externa, las clínicas intermedias, el hospital periférico, el hospital de área, en fin, el hospital regional, con 150 a 350 camas, de cuatro especialidades básicas y sus subespecialidades. En Cuba está en la base el puesto médico rural, para grupos entre 3 000 y 5 000 habitantes, con servicios de medicina general, odontología, enfermera obstetra y auxiliares de enfermería y de laboratorio. El hospital rural, para poblaciones entre 5 000 y 20 000 habitantes, tiene servicios de obstetricia, pediatría y otras especialidades.

En México en el primer nivel están las unidades médicas rurales, de consulta externa, que comprenden un consultorio con farmacia, dos camas de tránsito, una sala de exploraciones, sala de espera y habitación del médico. Tiene como propósito prevenir o resolver los problemas de salud que requieren de la decisiva participación de la comunidad y de una tecnología sencilla. En el segundo nivel se hallan las clínicas hospital de campo con especialidades de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia, hospitalización, laboratorio clínico y rayos X. El tercer nivel comprende hospitales de alta especialidad y se encuentra integrado por el sistema sanitario asistencial que opera en los grandes centros urbanos.

ii) El sistema de niveles permite al enfermo rural llegar hasta los centros médicos. Se completa en algunos países con medidas para llevar al médico hasta el enfermo. Por ejemplo, en Argentina las postas sanitarias rurales, atendidas por personal especialmen-

17. Jorge Castelános, *Manpower Journal*, Nueva Delhi, julio-septiembre, 1975.

te adiestrado, reciben periódicamente la visita de un médico. Al examinar al paciente, decide su transferencia a unidades de un nivel superior. En algunos casos la insuficiencia de establecimientos ha sido suplida mediante unidades móviles provistas de los aparatos e instrumental necesarios. En el Brasil se utiliza ómnibus para llevar los cuidados de salud a lugares apartados del tan extenso sector rural del país. Estos vehículos están equipados para la consulta externa y además cuentan con un gabinete odontológico, aire acondicionado y un generador de energía eléctrica. Sirven también para la transferencia de enfermos a unidades hospitalarias. Existen barcos fluviales que sirven de consultorios médicos móviles. En Colombia ha habido equipos móviles para la atención médica y odontológica. En Chile durante largos años funcionó un sistema de rondas rurales, que una, dos y hasta tres veces por semana llevaban a médicos y enfermeros al campo. No se ha dispuesto de información acerca de si se han mantenido las rondas después de la desintegración del Servicio Nacional de Salud y privatización de parte de los servicios médicos. En Panamá, en las provincias con asentamientos campesinos, donde hay policlínicas y hospitales a distintos niveles, cuando es necesario se traslada a los enfermos por ambulancia de uno a otro nivel.

Cabe anotar que en Costa Rica y en Cuba, en virtud de la universalización de la asistencia médica, y en México conforme al Programa IMSS-COPLAMAR, el sistema de servicios con diferentes niveles alcanza también a los grupos marginados rurales.

No se ha dispuesto de información acerca de la aplicación del sistema de niveles o de otras formas de organizar la asistencia médica en otras partes del mundo para encarar el problema de la población rural muy dispersa. Se sabe que en la India, en ciertas regiones se han establecido centros y subcentros de salud. Se intenta que ninguna aldea quede a una distancia mayor de tres millas (unos 5 km) de un centro de salud. En el subcentro se dispone de ciertos medicamentos básicos y de vacunas. Bajo indicación y dirección de estas unidades se efectúa desinfección de pozos de agua y se instruye a la población para limpieza de las letrinas. Se establece coordinación con los médicos privados

existentes en las aldeas y funciona un sistema de referencia de enfermos entre los centros de salud. Médicos visitan cada subcentro una vez por semana en un día fijado de antemano.<sup>18</sup>

Finalmente, hay que recordar que en los países en desarrollo la protección de la salud, en particular respecto de los grupos muy pobres o marginales de las áreas rurales, debe enfocarse en una perspectiva mucho más amplia que la sola curación de enfermedades.

Es del caso citar la opinión de un experto en lo que concierne a África, el doctor Sankalé, quien ha expresado que la medicina en África negra debería actualmente fijarse cuatro objetivos prioritarios: a) prioridad del medio rural sobre el medio urbano; b) prioridad a la medicina de masas sobre la medicina individual; c) prioridad a las acciones preventivas sobre las acciones curativas; d) prioridad a las tareas educativas que impliquen por una parte la formación del personal y por otra el desarrollo de la educación sanitaria.<sup>19</sup> En Asia, el Comité para el progreso rural de Bangladesh (BRAC) en sus programas de ayuda en especial a los grupos rurales que sufren de extrema pobreza, es decir, prácticamente marginales, se propone: a) proporcionar atención médica básica, preventiva y curativa; b) servicios de planificación familiar a un costo abordable; c) desarrollar las oportunidades de educación; d) mejorar la situación económica de las familias rurales, introduciendo nuevos métodos agrícolas, suministrando equipos para el cultivo y la irrigación, e instruyéndolas para el equilibrio nutricional.<sup>20</sup>

En este capítulo los servicios de planificación familiar se señalan en varias partes como componentes de las prestaciones de salud.

18. *Manpower Journal*, Institute of Applied Manpower Research, Nueva Delhi, julio-septiembre 1975.
19. Doctor Sankalé, "Médecins et action sanitaire en Afrique noire", citado por Guy Bellonge y Georges Fournier, *op. cit.*
20. Manzoor Ahmed, BRAC, "Building human infrastructures to serve the rural poor". International Council for Educational Development, Essex, Connecticut, EUA, 1977.

Pero en los grupos marginales o en gran pobreza la política de control de la natalidad suscita reacciones opuestas: por un lado están los que comprenden que el excesivo número de hijos aumenta la pobreza del grupo familiar, no bastando los escasos recursos para una familia numerosa; en cambio, contra los consejos de limitar el número de hijos, los campesinos pobres en varios países asiáticos se oponen porque ven en el número de hijos una forma de contar con la protección de éstos en la vejez. Significativamente, esta actitud se encuentra sobre todo en países donde el seguro social de vejez no se ha extendido todavía al sector rural.

### **3. La participación**

Es extremadamente importante la participación de los beneficiarios en los programas en favor de los grupos marginados rurales. Es fundamental que no se arraigue en ellos una mentalidad de ‘asistidos’, sin confiar en sí mismos para mejorar su situación. Debe desecharse todo paternalismo.

Marginalidad en un sentido es equivalente a “no participación”. Por lo tanto, el estímulo a participar en determinadas actividades en provecho de sí mismos, de su aldea, de su tribu, es un medio de hacerles escapar de la marginalidad psicológica. Tiene un muy saludable efecto el hecho de que esas personas, pese a su situación de gran pobreza o de marginalidad, actúen como los demás. Se atenúa el peso de su sensación de desigualdad, de sentirse inferiores, que afecta a muchos en estos grupos; en resumen, se dan cuenta de que la marginalidad no es una fatalidad.

Para Ahmed Manzoor, conforme a sus experiencias en Bangladesh con grupos en situación de marginalidad o de notable pobreza, la participación de la comunidad —no sólo útil sino necesaria para el éxito de los programas de protección a esa población— deberá reunir las siguientes características: a) organizar los servicios con base en la comunidad misma y hacerlos amplia y fácilmente accesibles; b) obtener alguna contribución de la comunidad en la operación y el mantenimiento de los servicios; c) participación de la comunidad en la planificación y administración de los servicios a nivel de la comunidad; d) aportes de la

comunidad en la estrategia general, en la definición de las políticas y en la aplicación de los programas de desarrollo; e) superar facciones y conflictos de intereses en la comunidad para alcanzar una participación con una base muy amplia, en particular de los grupos más desfavorecidos.<sup>21</sup>

Revisten capital interés experiencias como las de México y de la India y su actividad en favor de los grupos marginados, las que incluyen participación de éstos en tal actividad.

En México el Programa IMSS-COPLAMAR asigna gran consideración a la participación de los beneficiarios de los servicios de solidaridad social. Ellos no pagan contribución alguna para financiarlos pero deben realizar ciertos trabajos personales en beneficio de la comunidad en que habitan. La obligación del trabajo comunitario evita que los beneficiarios se sientan objeto de una simple dádiva. Se sienten dignificados y toda la comunidad obtiene ventajas. Para hacer resaltar la importancia de la participación, a la denominación de cada unidad médica rural o urbana o de cada clínica-hospital de campo, se agregan las palabras "de cooperación comunitaria", destacándose así el compromiso de la comunidad. El total de trabajos comunitarios será el resultado de aplicar un promedio anual de diez jornadas que dedica cada jefe de familia, lo que es pedir un aporte muy moderado; los trabajos se organizan por las entidades de COPLAMAR en conjunto con las comunidades de manera que no interfieran en las actividades productoras normales de éstas. "La participación comunal es reforzada, controlada y vigilada por los Consejos Municipales de Vigilancia de Solidaridad Social... Estos Consejos Municipales son una instancia para regular el aprovechamiento máximo de los recursos instalados, y permiten la autogestión de la comunidad ante las dependencias que aplican programas de desarrollo regional."<sup>22</sup>

No parece del caso extenderse aquí en mayores pormenores acerca de esta notable experiencia dado que en el segundo pun-

21. Ahmed Manzoor, BRAC, *op. cit.*

22. R. García Sáinz, *op. cit.*

to del Orden del Día de la Mesa Redonda, México presentará una ponencia sobre "las acciones de las instituciones de seguridad social en las áreas marginadas rurales", que permitirá exponer con más detalles y mejor conocimiento el funcionamiento del Programa IMSS-COPLAMAR.

En la India existe una variedad de programas en favor de los "pobres rurales"; casi todos ellos contemplan la activa participación de esas personas en los trabajos para el progreso de la comunidad. Entre esos trabajos figuran: labores para dejar aptas para el cultivo tierras agrestes o recuperar para este fin tierras abandonadas; desecación de pantanos, reparación o construcción de caminos vecinales, perforación de pozos, apertura de canales para regadío, conservación de suelos. Se trata de motivar a los marginales para que se esfuercen en mejorar su situación; crearles conciencia de que el Estado les ayudará si ellos se ayudan a sí mismos.<sup>23</sup> Como en ciertas regiones de la India se encuentran todavía grupos en organización tribal, es a la tribu a la que se ha otorgado ayuda económica para fines de conservación y mejoramiento de la tierra.<sup>24</sup>

En América Latina, además de México, se encuentran diversos ejemplos de participación de los beneficiarios en el funcionamiento de programas, en particular para la protección de la salud en el medio rural. No se trata de actividades concebidas especialmente para los grupos marginados sino para la población rural en general pero evidentemente los marginados también resultan favorecidos.

Pueden citarse entre otros ejemplos de esta participación, bajo modalidades distintas entre uno y otro país: Brasil, donde los sindicatos rurales han tenido un papel muy importante en el funcionamiento de la seguridad social rural; por ejemplo, estos sindicatos

23. Mayor información sobre estos programas se encuentra en "Rural development for weaker sections", *op. cit.*
24. Véase K.V. Patel y M.S. Krishnaswamy, "Problems of tribal agriculture in the context of dry farming", en "Rural development for weaker sections", *op. cit.*

colaboraron estrechamente con el ex FUNRURAL. En Ecuador, las comunas rurales donan terrenos para que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social construya allí los dispensarios comunales. Los comuneros colaboran en esta obra con su trabajo personal y con materiales. En Cuba se ha dado gran impulso a la participación de la comunidad en el sistema de protección de la salud y el sector rural no escapa a esta participación. En Panamá, los asentamientos campesinos son la base en la organización de la asistencia médica rural y donde en varias partes los campesinos han participado personalmente en la construcción de centros de salud y centros materno-infantiles.

Para terminar debe recordarse que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su reunión de 1977 recomendó la participación de la comunidad como una de las estrategias fundamentales para alcanzar la meta de salud para todos.

En general, ha sido muy útil la participación de organizaciones de voluntarios para ayudar en los programas en favor de los marginados o pobres rurales. En los servicios de asistencia pública se puede aprovechar la colaboración de autoridades o personalidades locales que tradicionalmente han participado en acciones de beneficencia o de ayuda a los desvalidos. Por cierto que las organizaciones campesinas pueden colaborar en actividades en favor de los grupos marginados.

En resumen, la participación consciente y activa de la población rural será garantía de éxito en los programas en favor de sus grupos marginados.

#### **4. La vivienda**

En el medio rural se observa en muchas partes la falta de habitación higiénica y suficiente para el grupo familiar. Esta situación aflige en especial a los marginados y a los que se hallan en estado de gran pobreza.

Hasta donde se ha dispuesto de información no se han observado en los países en desarrollo esfuerzos significativos para mejorar la vivienda rural. Planes y programas para impulsar el desarrollo

agropecuario no incluyen medidas directas para solucionar el problema habitacional rural. Según los países se da prioridad a proyectos de obras de regadío, caminos, conservación de suelos, electrificación, suministro de agua potable, forestación.

En unos pocos países se ha emprendido por parte de organismos estatales o paraestatales la construcción o el mejoramiento de habitaciones en el sector rural: Costa Rica con su sistema de créditos supervisados rurales, México con su Programa SAHOP-COPLAMAR, son de los pocos ejemplos que cabe citar; la legislación del trabajo de numerosos países estipula la obligación del empleador de proporcionar a sus trabajadores agrícolas una vivienda higiénica, con satisfactorias condiciones. Entre los países de América Latina cuyas leyes contienen disposiciones en este sentido están: Argentina, Colombia, Chile, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Las disposiciones sobre vivienda conveniente para los trabajadores rurales muchas veces no se cumplen o se cumplen mal (tal como las concernientes a la alimentación de éstos). En todo caso, esas disposiciones no benefician a los grupos marginales, quienes no tienen la calidad de trabajadores con un empleador.

Hay que reconocer que las posibilidades de los empresarios agrícolas de dotar a las viviendas de sus trabajadores con ciertos servicios esenciales tropiezan con la deficiente infraestructura en materia de servicios de utilidad pública en las zonas rurales. En buena parte de ellas, en los países en desarrollo, no hay instalaciones adecuadas para abastecer de agua potable o para eliminar excreta.

Las instituciones de seguridad social de numerosos países han invertido parte de sus reservas técnicas en la construcción de viviendas o en préstamos para edificarlas, pero en general han efectuado inversiones en viviendas para la población urbana y no para la rural. Por lo demás, por el hecho ya anotado de que los grupos marginados rurales no están cubiertos por la seguridad social —con las excepciones mencionadas en otra parte de este documento— no podrían aprovechar eventuales inversiones de esos institutos en habitaciones para la población rural.



Todo lo dicho señala la necesidad de que se adopten medidas en favor de la vivienda para los referidos grupos. En gran parte de este informe dedicado a la problemática de la protección de la salud en el medio rural, se mencionó la elevada morbilidad en el medio rural y sus principales causas. Un mejoramiento de las condiciones de salud de esa población pasa por un mejoramiento de las condiciones de alimentación y de vivienda.

### **5. Protección contra los riesgos que afectan a la producción**

En pocos países existe un seguro contra los riesgos en la producción agropecuaria que no sea un seguro comercial contratado a título voluntario. Ahora bien, esta producción se ve amenazada por imprevistas sequías o inundaciones u otros riesgos de orden meteorológico así como por pestes vegetales y epizootias. Si para cualquier productor rural el acaecimiento de estas calamidades significa grandes pérdidas, para los grupos marginados o muy pobres representa la ruina total y el hambre, para sí y sus familias.

Una útil medida de protección sería para esas personas un seguro contra los riesgos mencionados, a condición de que no se les exigiera un aporte para su financiamiento. Es interesante observar que en Grecia todos los agricultores, propietarios, arrendatarios o quienes explotan la tierra en cualquier otro carácter están protegidos contra las consecuencias del granizo y de las heladas. Es decir, que los grupos marginados están cubiertos, sin efectuar ninguna cotización. El seguro se financia con un aumento del impuesto sobre las rentas, una transferencia de parte del impuesto al consumo, impuestos especiales sobre el café, el alcohol y artículos de lujo, impuesto sobre el precio de mayorista de la venta de todo producto agrícola y un aporte del presupuesto nacional.

En el Brasil el Programa de Garantía de la Actividad Agropecuaria (PROAGRO) cubre los riesgos de heladas, sequías, plagas, enfermedades de los animales. En Panamá se creó en 1975 el Seguro Agropecuario para indemnizar al cultivador por las pérdidas que sufra. Inicialmente fueron aseguradas las siembras de arroz, maíz y sorgo. No se ha dispuesto de información para apreciar si

los grupos marginados rurales han sido beneficiarios de este seguro. Hay también seguros de esta clase, no comerciales, en el Japón y en Sri Lanka.

A veces organismos internacionales intervienen cuando grandes calamidades por su amplitud constituyen catástrofes para considerables poblaciones y grandes territorios, por ejemplo las sequías en el Sahel, en Africa. En el seno de la Organización de las Naciones Unidas existe la Oficina del Coordinador para Socorro en caso de catástrofes (UNDRO), socorro que se extiende a cualquier clase de catástrofes.

## **OTRAS MEDIDAS DE AYUDA A LOS GRUPOS MARGINADOS**

### **1. El empleo**

El creciente desempleo y el subempleo en el sector rural han sido señalados como otros de los indicadores de la condición de marginación

Es sabido que en los países en desarrollo el desempleo rural, en sus diversas manifestaciones y matices, constituye un problema endémico, grave. En esos países la magnitud del problema del desempleo rural es conocida de gobernantes, sociólogos, economistas, responsables políticos, dirigentes campesinos, pero cuantificarla con alguna aproximación es difícil y por lo general no se cuenta con estadísticas suficientes, confiables y comparables.

Poder proporcionar trabajo durante todo el año y adecuadamente remunerado significará una importantísima medida de protección para los grupos marginales y, en buena medida, sacarlos de su marginalidad. Se entiende que debe tratarse de empleos en actividades con productividad apropiada y no los que vayan a representar una mera forma de subempleo encubierto.

### **Estrategias para el empleo**

El desempleo, el enorme subempleo en las áreas rurales de la mayoría de los países en desarrollo, va mucho más allá que el

problema de los grupos marginales; en realidad vienen a ser expresiones de la incapacidad del sector agropecuario para absorber suficiente mano de obra ante un crecimiento de la población que en muchas partes puede calificarse de explosivo.

Es decir, que el problema en verdad es el de cómo superar el subdesarrollo del sector rural. Excedería de las intenciones de este documento extenderse en las estrategias más adecuadas para impulsar el desarrollo rural. Baste recordar que algunos proponen una estrategia tecnocrática: incrementar la producción, en especial mediante la aplicación de una tecnología muy avanzada; aumentar los insumos, cultivo de variedades de alto rendimiento, proteger los cultivos mediante fertilizantes, pesticidas, herbicidas; construir carreteras, represas para riego, canales, escuelas y otras de saneamiento ambiental. Estas obras representan una absorción temporal de mano de obra y una más permanente, por el efecto de aquéllas en el incremento de la producción y por las oportunidades de empleo que ese incremento ofrece.

La transferencia de tecnología hacia los grupos marginados rurales tropieza con su bajo nivel de educación; los nuevos adelantos científicos en materia agrícola o no llegan a su conocimiento o tardan mucho en asimilarlos y aplicarlos.

La aplicación de la estrategia tecnocrática ha dado lugar en diversos países a un notable aumento de la producción agrícola, aunque desde el punto de vista social sus resultados han sido controvertidos. Por ejemplo, en la India, según ciertos investigadores, la llamada "revolución verde" no ha solucionado los problemas de los grupos marginados y en cambio ha permitido aumentar considerablemente las ganancias de los medianos y grandes agricultores. Para hacer participar a los grupos marginados de los beneficios de la revolución verde habrá que suministrarles suficientes fertilizantes, pesticidas, semillas seleccionadas y al mismo tiempo darles la asistencia técnica adecuada para una óptima utilización de esos insumos.

La construcción de caminos, si se abandona el uso de la mayoría de los equipos mecánicos corrientemente empleados para estos,

finés, puede ocupar una parte de la abundante mano de obra disponible en el medio rural. Al respecto, una publicación de la OIT (*Boletín Informativo* de febrero de 1981) pone como ejemplo que “en México entre 1972 y 1977 se reconstruyeron 60 000 kilómetros de caminos rurales utilizándose métodos basados en empleo intensivo de mano de obra, además de que se creó acceso para 12 000 pueblos que carecían de un vínculo con la economía y el mundo exterior”. En la India se ha ocupado a personas en situación de gran pobreza o marginalidad en obras de regadío y en caminos. En Colombia la construcción de caminos bajo el sistema que llamaron de “pico y pala”, es decir, con intensivo uso de mano de obra, acarreó permanentes beneficios para las regiones y poblaciones por donde pasaban los caminos y significó ingresos —aunque transitorios— para los que trabajaron en esas obras, quienes eran cultivadores marginales, campesinos sin tierra y desempleados.<sup>25</sup>

Pero para mejorar de modo duradero la condición de los grupos marginados del sector rural el efecto de la construcción de caminos en el campo tiene efectos muy limitados. Incluso la experiencia en algún país ha mostrado que la construcción de caminos no ha mejorado la situación de los pobres rurales y en cambio ha beneficiado a los propietarios de tierras próximas al camino y a ciertos comerciantes.<sup>26</sup>

En la India se ha intentado transferir a habitantes rurales sin empleo a actividades en el sector no agrícola, pero naturalmente ello está sujeto a un crecimiento de este sector.

En algunos países se ha ensayado para crear empleos y establecer pequeñas industrias en áreas rurales muy deprimidas, en lo posible, agroindustrias para un primer procesamiento en el terreno de la producción agrícola predominante en la región.

25. G.R. van Raalte, “Colombia: small farmer market access”. AID. Project Impact Evaluation, Report No. 1, diciembre 1979.
26. OIT. Programa Mundial del Empleo. John Howe “The impact of rural roads on poverty alleviation: a review of the literature”. Ginebra, 1981.

En las Comunas Populares de China se observan interesantes experiencias de creación de pequeñas industrias en el sector rural, pero no tanto para crear nuevos empleos sino para dar ocupación a los campesinos durante los períodos de inactividad obligada.

En Sri Lanka se ha fomentado el cultivo de ciertas variedades de arroz de alto rendimiento que además de mayor producción ha significado un aumento en la demanda de mano de obra. Esta intención de buscar cultivos que puedan aumentar el empleo sin desmedro de los aspectos económicos, dio lugar en la India a una investigación: en 1971-1972 se estudió el número de horas de trabajo requeridas para cada una de las operaciones que requiere el cultivo de arroz, caña de azúcar, banano, trigo y otros productos: arar, sembrar, plantar, aplicar fertilizantes, regar, etc. Se optó entonces por los cultivos que procuran más empleo sin lesionar el resultado comercial. Se comprobó que el traslado al cultivo de la caña de azúcar significó generar empleo adicional de por lo menos 1.29 millones de días-hombre al año, en el ciclo 1973-1974. Naturalmente, se aplicó una tecnología de trabajo intensivo, se estableció un nuevo ingenio en la región y hubo una mayor creación de empleos.<sup>27</sup>

Es evidente que las oportunidades de empleo no pueden ser el criterio que guíe en la selección de cultivos. Es obvio que se tendrán en cuenta las condiciones del mercado, la calidad de la tierra, el clima, las facilidades de riego, los precios resultantes, pero en países con graves problemas de desempleo y subempleo rural el aspecto de requerimiento de mano de obra puede merecer considerable atención. En particular, en el marco de una política de elevar las condiciones de vida de los grupos marginados o en situación de gran pobreza, se tendrá muy en cuenta el factor demanda de mano de obra; además, el mejoramiento en las condiciones de vida de los grupos pobres o marginados rurales puede contribuir a disminuir el éxodo rural y evitar entonces que au-

27. Guntant M. Desai y Michael G.G. Schluter, "Generating employment in rural areas", en "Rural development for weaker sections" *op. cit.*

menten los grupos pobres o marginados en la periferia de los centros urbanos.

Frente a las estrategias tecnocráticas se propician medidas más radicales para terminar con el subdesarrollo rural, responsable de la marginalidad y de la extrema pobreza en no pocos países en desarrollo; se postulan profundos cambios estructurales, en particular en las formas de tenencia de la tierra, pero también un gigantesco esfuerzo económico, una vigorosa voluntad política y, para algunos, transformaciones fundamentales de orden político-social.

### **Ocupación y artesanado**

Las actividades artesanales deben merecer especial interés y atención, como uno de los medios de mejorar las condiciones de la población rural. Por una parte constituyen una forma de aprovechar el tiempo desocupado durante los períodos de obligada inactividad agrícola determinados por las condiciones estacionales, clases de cultivos, etc. Además, representan una fuente adicional de entradas. El artesanado significa la fabricación de objetos que tradicionalmente han sido utilizados para la vida doméstica: vajilla para la comida; vasijas para transportar agua, tejidos, cestería, pequeños objetos de ornato personal o del hogar. El auge del turismo en tantos países permite vender algunas de estas artesanías al visitante como curiosidades o recuerdos.

Por otra parte, es también actividad artesanal la elaboración o reparación de útiles y artefactos para la vida en el campo: hornos para el pan, mesas y otros muebles rústicos, alguna herramienta.

Para estimular la actividad artesanal en los grupos marginados hará falta darles alguna formación pero respetando las tradiciones centenarias o hasta milenarias que han orientado esa actividad. Será preciso probablemente proporcionarles ayuda para que obtengan las materias primas y eventualmente los útiles para mejorar su producción y aconsejarles en la elección de objetos para la venta. Con la cooperación de organizaciones internacio-

nales como la FAO, la OIT y otras, en diversos países africanos donde se ha fomentado y mejorado la actividad artesanal, ésta ha representado un alivio a la desocupación total o parcial.<sup>28</sup>

Por ejemplo, en el Alto Volta la OIT ha ayudado a crear el Centro Nacional de Perfeccionamiento de los Artesanos Rurales, en el marco del Servicio Nacional de Promoción del Empleo. En Níger colaboró con el Ministerio de Desarrollo Rural por intermedio de la Unión Nigerina de Crédito y Cooperación para organizar un sistema de fabricación de material agrícola, particularmente artefactos rústicos a tracción animal.

#### **Actividades en período de desocupación estacional**

Aparte de las actividades artesanales hay muchos medios de dar empleo al tiempo en que los campesinos quedan desocupados por motivos estacionales: adiestrarlos en acciones muy simples para protección de la salud tales como toma de muestras para detectar el paludismo, inculcar a sus vecinos y compañeros nociones de higiene y de dietética. Para citar un solo ejemplo, en Bangladesh el Comité para el Progreso Rural (BRAC) que se propuso ayudar en especial a los grupos rurales que sufren de extrema pobreza ha organizado trabajos de mejoramiento: canales de irrigación, drenaje de tierras pantanosas, construcción de senderos y caminos, de estanques para piscicultura. Estos programas, además del mejoramiento de las condiciones en las regiones rurales donde se aplicaron, permitieron proporcionar algunos recursos a campesinos desocupados, pagándoles un salario en dinero o entregándoles granos para su alimentación.<sup>29</sup>

## **2. Régimen de tenencia de la tierra y reformas agrarias**

Al intentar definir el concepto de marginal o de campesino en extrema pobreza se ha visto que la carencia de tierras propias o lo exiguo de las que se dispone era uno de sus signos distintivos.

28. Véase A. Ziliotto. "Une nouvelle génération de projets pour les artisans ruraux", CEE, *Le Courrier* No. 83, enero-febrero de 1984, Bruselas.

29. Ahmed Manzoor, BRAC, *op. cit.*

Informes de la FAO y de la OIT han señalado que en no pocos países de la región latinoamericana las nueve décimas partes de la población rural carecen de tierras propias. Aquellos que tienen el uso de una pequeña parcela la gozan bajo precarias condiciones. No hace falta subrayar la inseguridad para arrendatarios, medieros, colonos, aparceros y otros que bajo diversas denominaciones en América Latina trabajan en tierras que no les pertenecen; aquellos que cultivan algo de tierra ajena a cambio de servicios personales —salvo si hay alguna legislación protectora— pueden verse privados de ella sin más trámites. Peor por cierto está el ocupante sin títulos o ilegal, que puede ser expulsado en cualquier momento.

Para mejorar la situación de los campesinos sin tierra, de los campesinos muy pobres, en una palabra, de los marginales, en muchas partes del mundo se ha recurrido a reformas en las formas de tenencia de la tierra, a las llamadas reformas agrarias.

Por cierto que bajo la denominación de “reforma agraria” aparece una gran variedad de esquemas, incluso aquellos que representan más bien medidas de colonización de tierras incultas y semi-despobladas y hasta los que han permitido a latifundistas vender sus tierras a precios ventajosos.

En América Latina se encuentran por lo menos 18 países en donde se han dictado leyes de reforma agraria o de colonización.<sup>30</sup> Cabe mencionar en esta parte del mundo, cinco reformas agrarias nacidas de movimientos revolucionarios. Aun sin contar con datos suficientes, el conocimiento de la amplitud de estas reformas permite admitir que también resultaron favorecidos grupos rurales en situación de marginalidad o de gran pobreza, lo que no significa que hayan sido erradicadas todas las formas de pobreza o de marginalidad.

En Haití una revolución en la primera mitad del siglo XIX dio como resultado la repartición en pequeñas explotaciones independientes de las antiguas grandes plantaciones azucareras francesas.

30. Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela.



En México la revolución iniciada en 1910 incluía entre sus fines proclamados la reforma agraria. La reforma ha conducido a tres formas de propiedad agraria: la propiedad comunal, la pequeña propiedad y el ejido que es una institución original de la reforma mexicana. En Bolivia un movimiento revolucionario dio lugar a la reforma de 1953 que reconoció y mantuvo la propiedad colectiva de las comunidades indígenas y la pequeña propiedad. Se vieron afectados el latifundio, la mediana propiedad y la empresa agrícola. En Cuba la revolución dio lugar a la reforma agraria a partir de 1959. Ciertas tierras fueron reagrupadas en cooperativas pero la mayoría constituyeron grandes explotaciones llamadas Granjas del Pueblo. La revolución sandinista de 1979 ha aplicado en Nicaragua una reforma agraria con un criterio ecléctico. Admite la explotación de la tierra tanto en forma de cooperativas como de fincas estatales o de propiedad privada.

Sucesivas medidas de reforma en los sistemas de tenencia de la tierra significaron en la India disminuir el número de los que eran meros arrendatarios y aumentar el de los que pasaron a explotar tierras propias. Entre otros resultados, así se mejoró la situación de los "rurales pobres". Es del caso hacer notar que en la India —a diferencia de lo que ha ocurrido en otros países, al menos en las etapas iniciales de las reformas— los cambios en las formas de tenencia de la tierra se vieron seguidos de un aumento de la producción agrícola.<sup>31</sup> Como señala V.S. Vyas, hay una estrecha relación entre los tres fenómenos: pobreza, producción agrícola y cambios institucionales. En Sri Lanka las diferentes etapas de la reforma agraria tuvieron entre otros resultados obtener una más justa redistribución del ingreso y la creación de más empleos. Los directamente beneficiados con la reforma fueron los campesinos, pero los habitantes rurales marginales o en el nivel de pobreza en muchos casos obtuvieron indirectamente ventajas de la nueva situación, sea porque pudieron encontrar trabajo, sea porque obtuvieron una parcela de tierra para sí mismos.<sup>32</sup>

31. V.S. Vyas, "Institutional change, agricultural production and rural poverty —the experience of two decades—". *Commerce*, Bombay, agosto 19, 1972.

32. Richards y Gooneratne, *op. cit.*

En cuanto a los predios no afectados por la reforma agraria se adoptaron medidas para controlar la renta exigida por el terrateniente, ya sea que éste pidiera un alquiler fijo o una cierta proporción de la cosecha (entre el 25 y el 50%). La limitación en las pretensiones del propietario beneficiaron a todos los campesinos no propietarios, incluyendo por cierto a aquellos en definida situación de pobreza.

No hace falta agregar más referencias de reformas agrarias. Se puede terminar citando la parte pertinente de un documento de la FAO: "... la reforma agraria no representa únicamente un cambio en la estructura de las tierras sino también una mutación del ambiente social que a su vez modifica la mentalidad de los agricultores. Gracias a esa reforma el agricultor que antes no tenía capacidad de decisión en cuanto a su producción, que carecía prácticamente de incentivos para mejorar su situación y que muchas veces vivía en el límite del hambre, puede llegar a ser un administrador activo en una sociedad nueva y formar parte de una comunidad dedicada conscientemente a actividades orientadas hacia la producción."<sup>33</sup>

### **3. La educación y la formación profesional**

El licenciado García Sáinz, entre los indicadores de la marginalidad económica de la población señala la falta de servicios educativos.<sup>34</sup> La alfabetización, la educación básica primaria, la formación profesional agropecuaria, son medios primordiales para la promoción económica y social de los grupos marginados.

Uno de los signos del subdesarrollo es precisamente una elevada tasa de analfabetismo. Numerosos estudios han puesto de relieve las carencias o deficiencias en materia de educación en los países en desarrollo y cómo éstas afectan de modo preponderan-

33. FAO, UNESCO y OIT. Conferencia mundial sobre enseñanza y capacitación agrícolas, Copenhague, 1970.

34. R. García Sáinz, *op. cit.*

te a la población rural.<sup>35</sup> Las estadísticas contenidas en esos estudios confirman algo sabido: que el analfabetismo es mucho mayor en las zonas rurales que en las urbanas y, por cierto, preponderante entre los grupos rurales en situación de pobreza o marginación. Por otra parte, los esfuerzos por crear más escuelas rurales se frustran por la muy elevada deserción escolar. Según un informe del Banco Mundial de 1980 referente a 11 países latinoamericanos, menos del 10% de los alumnos ingresados al primer grado primario completó el sexto grado. Y en los países en desarrollo de África y Asia la situación no es mejor. Frente al cuadro más bien sombrío que presentan las estadísticas sobre la situación de la educación, tanto en las zonas rurales como urbanas de los países en desarrollo hay signos alentadores. La UNESCO afirma en un informe que en América Latina “entre 1960 y 1975 la población escolarizada total (urbana y rural) aumentó de 31.1 a 76.5 millones de personas. El ritmo de crecimiento de la población escolar duplica al de la población total”. Hay pues un notable progreso real, una parte del cual se ha producido dentro de la población rural, si bien no hay datos para conocer si este progreso alcanza también a los grupos marginados o en situación definida de pobreza. Pueden expresarse temores de que los niños de esos grupos reciban menos educación, sea por desinterés y apatía de los padres, sea por las dificultades para contar con los útiles escolares y el vestuario apropiado para presentarse en la escuela, sin olvidar que estos niños muchas veces trabajan prematuramente, ayudando a los adultos de la familia.

Como sea, en diversos países se ha logrado motivar a los padres campesinos para que comprendan la importancia de la educación de los hijos. Y las autoridades de la educación van comprendiendo que la escuela rural debe adaptar sus programas, planes y maestros, a la formación para la vida rural en lugar de simplemente establecer escuelas conforme a modelos y objetivos propios de la vida urbana. Ahora bien, ningún programa de desarrollo rural tendrá real efecto sin el soporte de una educación suficientemente extendida. Investigaciones del Banco Mundial han de-

35. Véase por ejemplo: UNESCO, CEPAL, PNUD, “Analfabetismo y escolarización básica de los jóvenes en América Latina”.

mostrado que la escolarización y la formación profesional significan mayor productividad agrícola. Comparando el rendimiento de la tierra, según sea trabajada por analfabetos o por personas con al menos educación primaria y alguna formación profesional, se observan notables resultados de mayor producción en los grupos con escolarización. Respecto de América Latina los estudios del Banco Mundial recayeron en ciertas regiones del Brasil y de Colombia. Es decir, que el gasto en educación y en formación profesional es pues una buena inversión en la agricultura.

En algunos países en desarrollo se han efectuado interesantes experiencias de la llamada “escuela comunitaria”. La escuela se destina no sólo a los niños y adolescentes sino que se convierte en un centro de atracción para todos los miembros de la familia. Se les estimula a cooperar con los maestros para mejorar las condiciones de vida de la localidad; la escuela se aprovecha como centro comunitario para educación de adultos, organización de actividades sociales alrededor de la escuela, de recreación, de difusión de medidas de higiene, establecimiento de guarderías infantiles y de servicio de cuidado de los niños algo mayores, mientras los padres trabajan. Se hace necesario a veces un esfuerzo para atraer a este centro comunitario a personas que por su pobreza y su condición marginal rehuirían acudir espontáneamente.

### **Alfabetización y educación elemental**

Puesto que el paso inicial para mejorar la educación y la formación profesional en el sector rural es el de terminar o al menos disminuir considerablemente el analfabetismo, la problemática en este aspecto viene a ser cómo efectuar una masiva alfabetización de la población —urbana y rural— incluyendo por cierto a los grupos marginados, para los cuales la educación, aunque sea limitada, representará un medio fundamental de arrancarlos de la marginalidad, de la pobreza.

Excedería de la intención de este documento describir todas las medidas en práctica de diferentes partes del mundo en desarrollo para luchar contra el analfabetismo y extender la educa-

ción primaria básica en el sector rural. Una exposición limitada a países de América Latina debe incluir experiencias como las siguientes:

En Colombia el proyecto de la UNESCO llamado de "concentraciones de desarrollo rural" incluyó una extensa acción educativa; los "núcleos escolares rurales" establecidos en algunos países andinos se ocuparon de actividades escolares y extraescolares y se vincularon con servicios de salud y de extensión agrícola; en el Ecuador el Programa de Nuclearización Educativa para el Desarrollo Rural presentó muy buenos resultados, facilitados por el sentido comunitario de los grupos indígenas; en México ha habido cursos comunitarios para la educación en comunidades rurales con menos de 150 habitantes; en Venezuela cabe citar los NARDI, núcleos escolares rurales de desarrollo integrado.

Aunque no para la alfabetización sino para la educación elemental, merecen mencionarse las experiencias de enseñanza por radio. Hoy día, hasta en muy modestas casas de campesinos suele encontrarse un pequeño receptor —a base de transistores ya que por lo general no se cuenta con corriente eléctrica— aunque falten objetos de menaje que podrían considerarse más necesarios. Colombia fue pionera con las escuelas radiofónicas que han ayudado a la educación de centenares de miles de pobladores rurales; en México las escuelas radiofónicas han prestado buenos servicios allí donde la población está muy dispersa, como la región tarahumara por ejemplo. En Nicaragua un programa radial de educación llamado "Puño en alto" ha estado dirigido a la población tanto urbana como rural.

En Bangladesh, algunas campañas de alfabetización no tuvieron éxito porque decaía rápidamente el interés de los alfabetizados. Se buscó un nuevo enfoque, puesto que simplemente aprender a leer, a escribir y nociones de aritmética no bastaban para mantener el interés; se aplicaron sistemas de alfabetización y de educación elemental combinando la enseñanza que podría llamarse clásica con instrucciones sobre materias de su inmediata y comprensible conveniencia. Usar correctamente los fertilizantes, cómo cultivar arroz de alto rendimiento, crianza de ganado, avicultura, piscicultura, pesquería, nutrición, cooperativismo, higiene

y salud pública, planificación familiar, cuidado de los niños e industrias caseras. Es decir, que el campesino aprendía a leer y a trabajar mejor.<sup>36</sup>

Para terminar, se citarán dos grandes campañas de alfabetización intensiva, en las que los mayores beneficiarios fueron los pobladores rurales.

En Cuba una Comisión Nacional de Alfabetización inició una gran campaña para crear conciencia y movilizar voluntades, tanto entre los campesinos analfabetos como en los medios de donde podrían obtenerse alfabetizadores. Estos se reclutaron no sólo entre maestros de profesión sino también entre los miembros de las organizaciones de masas, sindicatos, y de organización política. Se contó así con 120 000 instructores. Los alfabetizadores que no eran maestros recibieron una formación breve pero intensiva. Las columnas de alfabetizadores iban dejando a algunos de sus miembros en las aldeas por las que atravesaban. Para abreviar, en 1953, había en Cuba un 23.6% de analfabetos entre los mayores de 10 años. Al final de la campaña se había descendido a un 3.9%.

En Nicaragua la cruzada de alfabetización se efectuó a base de brigadas de voluntarios, en particular estudiantes universitarios y secundarios. Se alfabetizaron 406 000 personas mayores de 10 años. Se siguió una campaña de sostenimiento para que los alfabetizados no dejaran de leer. Se han creado los Colectivos de Educación Popular. En 1981, de 164 425 matriculados 129 552 eran del área rural. Como una característica especial de la campaña de alfabetización, ésta para los habitantes de ciertas regiones de la costa atlántica se hizo no sólo en castellano sino también en inglés criollo y en sumo y miskito. Se estima que de un analfabetismo del 49% se ha bajado al 12%. Para mantener el nivel de alfabetización, en 1982 se efectuó una nueva campaña.

No hace falta aclarar que todas estas actividades de alfabetización y de educación primaria se han dirigido a toda la población

36. Ahmed Manzoor, BRAC, *op. cit.*

84.

rural y no especialmente a los grupos marginados o de mayor pobreza, pero naturalmente éstos se han beneficiado de tales esfuerzos y por tal razón ha parecido adecuado mencionarlas.

### **La formación profesional agropecuaria**

La baja productividad de los trabajadores agrícolas se debe en buena parte a la falta de suficiente competencia técnica y a la utilización de útiles de labranza y equipos poco evolucionados, por gran parte de la población rural. Pero el cultivo de la tierra ya no puede seguir estando guiado por la rutina o la costumbre. Los recursos que la ciencia y la técnica modernas ponen a disposición del agricultor: máquinas, fertilizantes, semillas mejoradas y pesticidas, requieren conocimientos apropiados para su eficaz aprovechamiento. Esto es válido no sólo respecto del grande o mediano empresario agrícola sino hasta para el más modesto trabajador de la tierra. Es decir, que para toda la población rural activa la capacitación profesional es indispensable para lograr una apropiada productividad y mejores ingresos. Estadísticas de numerosos países en desarrollo muestran que es mayor el desempleo —tanto en el sector urbano como en el rural— entre las personas de inferior nivel de educación general y de formación profesional. Por lo tanto, para mejorar las opciones de empleo de los grupos marginados rurales, es preciso ofrecerles escolarización y formación profesional. Dentro del concepto de formación, a los objetivos ya indicados de aprovechar adecuadamente los medios que la ciencia y la técnica modernas ponen al servicio de la agricultura, se une la orientación, en particular del pequeño campesino, hacia los cultivos que sean más remunerativos y cuyo abandono sólo se justifica por la tradición o por la satisfacción inmediata de los bienes personales y familiares.

Como dice el Centro Interamericano de Investigación y Documentación para la Formación (CINTERFOR-OIT): “Los programas de formación profesional son una herramienta imprescindible para el desarrollo rural porque permiten valorizar el trabajo agrario, elevar la productividad e incrementar el nivel de vida de los habitantes del campo.” La FAO, en una conferencia mundial sobre reforma agraria y desarrollo rural, aprobó un programa

que en uno de sus puntos hace hincapié “en la expansión del sistema de educación, capacitación y extensión, para aumentar los conocimientos de la población de las zonas rurales e incrementar su productividad y su capacidad para obtener ingresos”.

No hace falta aclarar que al hablar aquí de formación profesional se hace referencia a cursos breves, de nivel más bien elemental y no a la enseñanza técnica, agronómica, que existe en casi todos los países a nivel secundario y universitario. Una política de promoción de los grupos marginales rurales debería incluir una ayuda, un estímulo, para que sigan cursos breves de formación. En muchos países existen entidades con objeto de proporcionar formación técnica.

En algunos países se trata en particular de aliviar la extrema pobreza. Por ejemplo, en la India hay programas en favor de los llamados “rurales pobres”, incluyendo ayuda técnica para el trabajo agrícola en los casos en que ellos puedan cultivar aunque sea una mínima parcela de tierra; en Tailandia para mejorar sus ingresos se ha enseñado a los campesinos pobres a introducir innovaciones en sus técnicas de producir arroz o se les ha aconsejado cultivar productos de mejor precio — por ejemplo, no sólo arroz sino también maíz— y pasar así de una economía de subsistencia a una de mercado, si bien se ha tropezado con una infraestructura insuficiente para hacer llegar al mercado los productos que quedan a estos campesinos después del consumo familiar.

La FAO realiza cada año una serie de proyectos para la formación profesional en todas las regiones del globo, con cursos que duran entre menos de un mes a más de doce meses. Principalmente se persigue la formación de técnicos o de obreros especializados, de productores primarios. En realidad no se sabe en qué medida los grupos marginales o en situación de gran pobreza aprovechan estos cursos, pero se ha citado este programa porque muestra la gran importancia que reconoce a la formación profesional la organización mundial que se ocupa de fomentar el progreso de la agricultura.



#### 4. Asistencia a la producción

##### Comercialización de los productos agrícolas

Entre las formas de proteger a la población rural dedicada a actividades agropecuarias se cuenta la de facilitar una adecuada y justa comercialización de sus productos.

El agricultor, especialmente el pequeño, se ve expuesto a una merma en los ingresos que debería percibir, a causa de que una parte a veces apreciable del precio final va a las manos de una serie de intermediarios, además de que a falta de facilidades de crédito, a veces para obtenerlo vende su cosecha por anticipado a precios fijados arbitrariamente por el prestamista.

Ahora bien, una adecuada forma de comercialización y de créditos lamentablemente poco beneficia a los grupos en situación de marginalidad o de gran pobreza. Muchos de ellos viven produciendo casi totalmente para su propio consumo. Tienen poco o nada que hacer para llegar al mercado y ese escaso remanente lo venden de inmediato. No están en situación de esperar las oportunidades más favorables, apremiados por la necesidad de dinero, además de que no tienen cómo guardar transitoriamente ese pequeño excedente de producción después del consumo familiar.

Una política de protección a los grupos marginados en los aspectos de la comercialización debería incluir asignación de créditos para darles libertad de vender sus escasos productos a quienes ofrezcan los precios más equitativos o entregarlos a entidades estatales que no persigan fines de lucro y que permitan eliminar intermediarios y ofrecerles dónde almacenar la producción no destinada a su propio inmediato consumo.

A continuación algunos ejemplos de medidas aplicadas en algunos países, con la reserva de que no han sido concebidas especialmente para los grupos marginados sino para los productores agropecuarios en general:

En el Brasil un organismo oficial, la Comisión de Financiamiento de la Producción, compra los productos agrícolas directamente

en la fuente productora por el precio mínimo fijado 60 días antes de la época de la cosecha. Mediante las operaciones llamadas "Adquisición del Gobierno Federal" se intenta liberar a los agricultores —pequeños o grandes— de los usureros, prestamistas e intermediarios. En México la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), entidad estatal no lucrativa, junto con su filial Bodegas Rurales CONASUPO, persiguen suprimir intermediarios, pagar los mejores precios posibles para que el campesino reciba un ingreso remunerativo por sus cosechas y al mismo tiempo vender a precios moderados para los consumidores. En sus centros de capacitación CONASUPO prepara a los campesinos no sólo para la producción agropecuaria sino también para su comercialización.

En el Ecuador la Empresa Nacional de Almacenamiento y Comercialización de Productos Agropecuarios y Agroindustriales (ENAC), entidad estatal sin fines de lucro, compra y distribuye esos productos a precios razonables. Sin embargo, no tiene suficiente capital como para cubrir todo el mercado y llegar a eliminar siquiera a un número substancial de intermediarios, que en el Ecuador existen en cantidad considerable. En la India para mejorar el ingreso de los pequeños campesinos se dictó una legislación que elimina intermediarios (los llamados "zamindars" y "jagirdars"). En la República Dominicana el Instituto de Estabilización de Precios (INESPRE) tiene entre sus funciones la de comercializar la producción de pequeños y medianos agricultores. En Tailandia para ayudar a los campesinos, se establecieron a nivel local bodegas para guardar el arroz, estabilizar su precio y para que el producto almacenado pudiese servir de garantía a la entidad que otorgó créditos al campesino.

En Cuba la organización política socialista determinó la supresión de los intermediarios. El Estado tiene el monopolio de la comercialización. En Nicaragua dentro del Instituto de Reforma Agraria existe el llamado PROCAMPO que ofrece asistencia técnica y ayuda para comercializar la cosecha de los campesinos a través de ENABAS. Como se nacionalizó el comercio exterior, el Estado ha creado centros regionales para comprar los productos de exportación: café, algodón, azúcar. También hay centros para

88.

comprar los granos básicos (trigo, arroz, maíz) pero en uno y otro caso el productor es libre de vender fuera de esos centros. En el Paraguay el Instituto de Bienestar Rural tiene un servicio de comercialización. En el Perú la Empresa Pública de Servicios Agropecuarios (EPSA), entidad estatal, efectúa la comercialización de productos agropecuarios para el consumo interno.

Una política de justos precios debe complementar la de comercialización. En algunos países, por razones de orden social o político, productos de alimentación popular han sido mantenidos a precios anormalmente bajos; por el contrario, en otros se han garantizado precios que sirvan de incentivo para ciertos cultivos.

### **El abastecimiento de insumos**

Las medidas para una justa comercialización deben coordinarse con un apropiado sistema de suministro de insumos. Tal como al pequeño o mediano agricultor una cadena de intermediarios le cercena sus legítimos ingresos, análogamente suele ser explotado por proveedores y prestamistas cuando debe adquirir semillas, fertilizantes, pesticidas y otros insumos. Favorecer un acceso equitativo a los insumos representa una medida de protección de la población rural, si bien los grupos marginados, por su situación económica tan precaria, poco adquieren de los mencionados insumos aparte de las indispensables semillas.

Pueden citarse algunos ejemplos de medidas para facilitar el abastecimiento de insumos: en México las sociedades de crédito agrícola y de crédito ejidal cumplen una función útil al facilitar al pequeño productor la compra de insumos bajo favorables condiciones. En el Perú la Empresa Nacional de Comercialización de Insumos centraliza las importaciones, la adquisición a productores nacionales y establece tiendas de ventas, pero ha enfrentado problemas de transporte y almacenamiento. En algunos países asiáticos se han efectuado ventas de insumos a precios subvencionados para mejorar la situación de los campesinos pobres.

### Las cooperativas rurales

Las cooperativas agrícolas, sean de producción, de crédito o de consumo, son un instrumento sumamente útil para mejorar las condiciones de la población rural. En un estudio de la OIT se lee "El movimiento cooperativo tiene que desempeñar un papel muy importante en la búsqueda de soluciones a los problemas que plantean la tecnología, la comercialización, el crédito, la puesta en marcha de programas de reforma agraria, la asistencia técnica, etc." Pero para que el cooperativismo represente un medio eficaz de protección de la población rural hace falta que cuente con medios sólidos y que englobe al menos una proporción significativa de campesinos.

Lamentablemente, en la mayoría de los casos, la formación de cooperativas es poco viable para los grupos marginales rurales. En efecto, la casi totalidad de sus miembros no posee tierras y sólo escasas herramientas u otros elementos para el cultivo. Por lo general aportarían sólo su propia pobreza. Las cooperativas agrícolas de crédito o de producción ya existentes se muestran renuentes a otorgar aunque sea muy pequeños préstamos o adelantos sobre la producción a campesinos en situación de pobreza o marginalidad, pues no confían en la recuperación de sus créditos. En algún país se ha visto a los dirigentes de esas cooperativas evocar el riesgo de que el préstamo no sea realmente utilizado por el beneficiario para los fines invocados y piensan que no sería viable una supervigilancia efectiva sobre el empleo del crédito. Las garantías ofrecidas se suelen juzgar insuficientes; es decir, que predomina en ciertas cooperativas un criterio comercial o bancario, por encima de un espíritu social.

No obstante lo dicho, en muchas partes existen y funcionan cooperativas agrícolas, cuyos miembros son modestos campesinos, que operan eficazmente en favor de la población rural, incluyendo los grupos más pobres. Se citarán sólo algunos ejemplos: en Bangladesh se ha estimulado la formación de cooperativas rurales como medio de transformación de la agricultura y del desarrollo rural. Dice A.M. Akhanda: "Pequeños empresarios agrícolas y otros campesinos, obreros rurales, artesanos, choferes, albañiles,

carpinteros, alfareros, pequeños comerciantes, etc., han sido animados a organizarse en cooperativas de aldea. Conforme al principio de la autosuficiencia cooperativa, el ahorro se colocó en común para formar un capital importante. La formación de bloques de 20 a 40 hectáreas de tierra en las cooperativas de aldea ha facilitado la irrigación, la instauración de crédito institucional y el mejoramiento de las técnicas agrícolas. Estas cooperativas de aldea han ayudado a resolver los obstáculos que resultan de la pequeña dimensión y del fraccionamiento de los predios así como a crear cooperativas autónomas bancarias y de comercialización. Este sistema ha permitido acumular a la vez capital y capacidades.<sup>37</sup>

En el mismo Bangladesh, en el área del llamado Proyecto Sullá, en 1976, estaban en actividad alrededor de 120 cooperativas "primarias", de las cuales 80 eran de agricultores, 30 de pescadores y el resto cooperativas constituidas por grupos de mujeres y de trabajadores agrícolas sin tierras. Antes de este Proyecto, en 1974 se había formado una Asociación de Cooperativas, cuyo papel principal era canalizar los créditos y suministros proporcionados por el gobierno a los miembros de las cooperativas primarias, proporcionar ciertos servicios en común a pequeños campesinos de estas cooperativas incapaces de tenerlos por sí mismos y servir de enlace con los departamentos gubernamentales en asuntos de común interés. En esta forma se trató de subsanar los inconvenientes de las antiguas sociedades cooperativas que habían perdido su efectividad por haber caído en las manos de grupos poderosos de la aldea, tales como grandes propietarios y prestamistas. Las facilidades de crédito y otras ventajas que el gobierno había otorgado a las cooperativas habían resultado monopolizadas por el grupo dirigente, en detrimento de los intereses de los miembros en general.<sup>38</sup>

37. A.M. Akhanda, "Stratégie de développement agricole et rurale au Bangladesh", en FAO, UNESCO, OIT, 1980. "Formation pour l'agriculture et le développement rural", Roma, 1981.

38. Ahmed Manzoor, BRAC, *op. cit.*

Se ha dado alguna extensión al caso de Bangladesh por tratarse de un país donde una parte de la población rural sufre de pobreza o enfrenta la falta de servicios de salud, educativos y otras deficiencias que —según se ha indicado— configuran la condición de los grupos marginales.

En Kenia las cooperativas agrícolas han tenido notable desarrollo. En 1972 manejaban el 50% de la producción de café, el 90% de piretro y el 25% de las ventas de leche. En 1975 había 1 450 cooperativas rurales en actividad.

En algunas partes la formación de cooperativas agrícolas se ha derivado de la ejecución de otros programas. Por ejemplo, en las repúblicas centroafricanas, dentro de las actividades de los Centros de Formación los jóvenes agricultores han establecido cooperativas agrícolas de producción. En Nicaragua, en el marco de la reforma agraria se ha estimulado la formación de cooperativas. Es así como en 1982 estaban operando 3 820 cooperativas. La Unión Nacional de Agricultores y Ganaderos a la que le corresponde fomentar la cooperativización de los pequeños y medianos productores contaba ese año con 50 836 miembros.<sup>39</sup> En Cuba se han fomentado las cooperativas dentro de la política de reforma agraria, agrupando campesinos en Cooperativas de Crédito y Servicios para que puedan recibir ayuda en común: créditos del Estado, recursos materiales, asistencia técnica, etcétera.

## **5. La alimentación**

Como lo anota García Sáinz en el documento varias veces antes citado, las deficiencias nutricionales son uno de los elementos indicadores de la marginalidad, situación que no se limita a los grupos marginados. Estudios de la FAO y de la OIT estiman “que por lo menos el 50% de la población rural está subalimentada... La situación general es en este sentido alarmante en ciertas re-

39. Véase “La seguridad social en Nicaragua y su extensión al campo”. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar. Simposio sobre extensión de la seguridad social al campo y reforma agraria en Nicaragua, noviembre 21-25 de 1982.

giones rurales desfavorecidas, en las que la tierra es poco productiva, está mal cultivada, donde los agricultores disponen de pequeñas parcelas de tierra... La FAO ha lanzado, en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas... un Programa Mundial de Alimentos... Pero las más de las veces se descuida al sector rural en beneficio de los trabajadores urbanos pese a que son precisamente los trabajadores de la tierra los que paradójicamente, con frecuencia están peor alimentados." Superar las deficiencias nutricionales representa pues una medida primordial de protección social a la población rural y en particular a los grupos marginados.

En diversos países los códigos del trabajo u otra legislación laboral imponen a los empleadores agrarios la obligación de proporcionar alimentación adecuada a sus trabajadores.<sup>40</sup> Aparte de que en muchos países es imperfecta la aplicación de estas disposiciones, sólo favorecen a una parte de la población rural, los asalariados, y por cierto quedan excluidos los grupos marginados. En algunos países, en especial africanos, el buen precio de ciertos productos agrícolas de exportación en algunas épocas (algodón, café) ha inducido a los campesinos a preferir su cultivo en desmedro de la siembra de cereales u otros cultivos alimenticios. Se ha llegado a la necesidad de importar estos últimos a precios que no pueden pagar los campesinos muy pobres, los que en cambio no se han beneficiado con el cultivo de productos de exportación.

Se ha dispuesto de poca información acerca de medidas específicamente dirigidas a mejorar la nutrición de los grupos rurales marginados o en estado de necesidad: en la República de Corea hay un programa de asistencia pública financiado por el gobierno central y los gobiernos locales que proporciona granos, suplementos para el costo de la alimentación y paga gastos en comida. Se estimó en junio de 1980 que el 66% de las 1 782 000 personas

40. A simple título informativo, existe legislación en este sentido, entre otros países latinoamericanos, en Argentina, Brasil, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay.

cubiertas por este programa de asistencia pública eran pobladores rurales. En Costa Rica el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares debe destinar el 60% de sus ingresos a ciertos servicios sociales, entre ellos el de nutrición. No se trata de beneficios exclusivos para la población rural pero ella los aprovecha especialmente. En Sri Lanka durante muchos años el Estado ha subsidiado el precio de ciertos alimentos, en particular de cereales, que han sido vendidos a menos del costo. Esta medida beneficia a todos pero especialmente a los pobres, ya que en los grupos de mayores ingresos el consumo de cereales representa una proporción comparativamente menor de sus consumos totales. Según Richards y Gooneratne,<sup>41</sup> el subsidio para reducir el precio de determinados alimentos puede llegar a significar un 20% de ganancia adicional para los trabajadores rurales. Sin embargo esta ventaja representa menos para los pobres rurales porque en Sri Lanka consumen menos harina de trigo que el promedio de la población, prefiriendo la mandioca. En el pasado se ha efectuado en Sri Lanka la distribución de dos libras de arroz por semana a toda persona.

## OBSERVACIONES FINALES

Esperamos que se puedan extraer conclusiones importantes de los documentos presentados a la Mesa Redonda y de las deliberaciones, y en la etapa actual, nos limitaremos a subrayar algunos puntos principales del presente documento:

- 1) Se observa que los problemas que plantea la protección social de los grupos marginados de las áreas rurales no son fundamentalmente diferentes de los que suscita la protección de la población rural en general, pero agudizados por la tan precaria situación económica de aquéllos y su bajo nivel de instrucción.
- 2) Se aprecia que son aplicables a los grupos marginados —eventualmente con adaptaciones— las medidas para solu-

41. Peter Richards y Wilbert Gooneratne, *op. cit.*



cionar o atenuar tales problemas respecto de la población rural en su conjunto.

- 3) En muchos países del mundo existe considerable número de seres humanos en situación de gran pobreza o marginalidad, especialmente en las áreas rurales de los países en desarrollo. Principios de moral, de justicia social y de simple solidaridad humana, obligan a adoptar medidas para hacer menos penosa la situación de sectores tan desfavorecidos.
- 4) Por lo tanto, sería importante que se continuaran las investigaciones acerca de las formas viables de protección de los referidos grupos, sin olvidar que un adecuado desarrollo del sector agropecuario y, en caso necesario, reformas estructurales de orden político y social, son la base de toda solución duradera a los problemas de esos grupos.

ACCIONES DE LA CONFERENCIA  
INTERAMERICANA DE SEGURIDAD  
SOCIAL EN LA PROMOCION  
DE LA PROTECCION SOCIAL  
A LA POBLACION RURAL\*

Gastón Novelo\*\*

\* Informe presentado por la Secretaria General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS).

\*\* Secretario General del CPISS.

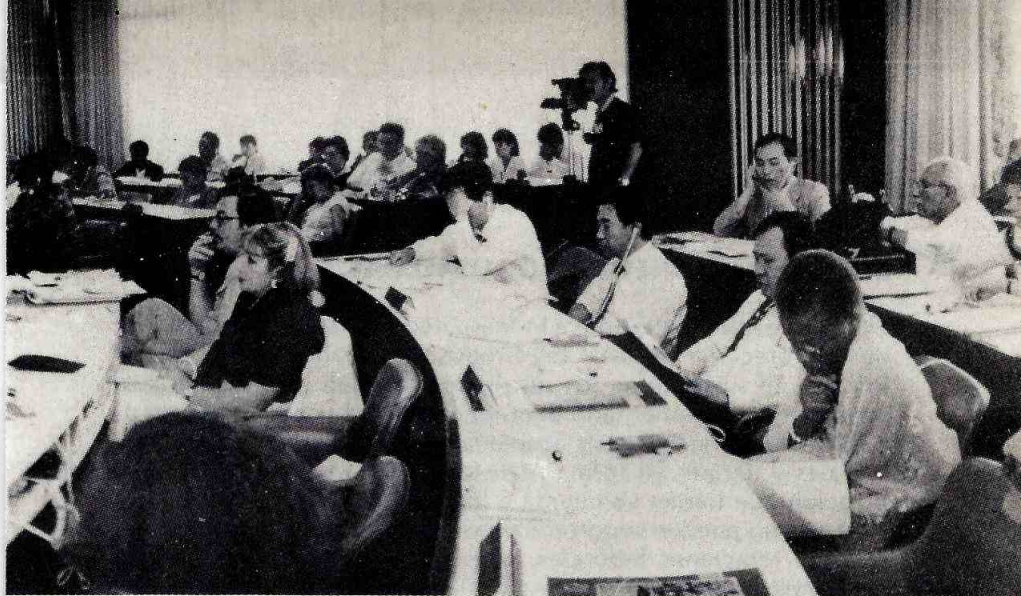


INTERAMERICANA DE SEGURIDAD  
RURAL EN LA PROMOCION  
DE LA PROTECCION SOCIAL  
A LA POBLACION RURAL

1970

Organizado por el Centro Interamericano de Seguridad Rural, en colaboración con el Fondo Interamericano de Desarrollo y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Rural.

Publicado en Santiago de Chile, 1970.



Aspecto general de la reunión durante las exposiciones de los organismos internacionales.

## CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS

El informe que se presenta a la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, se sustenta en los resultados obtenidos en numerosos eventos que han orientado decisiones políticas para contribuir a modificar las concepciones aceptadas inicialmente por los seguros sociales y definir, en forma realista, nuevos esquemas de organización que tomen en cuenta a los sectores urgidos de protección que no pueden soportar cargas financieras ni cumplir requisitos de relaciones laborales, considerados imprescindibles en los seguros tradicionales.

Esa preocupación ha sido expresada en numerosas resoluciones de las asambleas generales de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y recomendaciones adoptadas en reuniones técnicas específicas dedicadas a la revisión de planteamientos y modalidades de extensión a la población rural. En forma insistente, y vinculados con esta problemática, se han tratado aspectos relacionados con normas jurídicas, modalidades de financiamiento y atención médica y, en general, políticas que permitan el otorgamiento de prestaciones que puedan ser encomendadas a la responsabilidad de los seguros sociales.

En consecuencia, para elaborar este informe, se estimó apropiado revisar el siguiente material de consulta emanado de reuniones de la CISS y sus órganos técnicos:

- Resoluciones CISS, relacionadas con la extensión de la seguridad social a la población rural.<sup>1</sup>
- Resoluciones CISS sobre prestaciones y servicios sociales.<sup>2</sup>
- Congresos americanos de medicina de la seguridad social. Conclusiones sobre modalidades de servicios de atención médica y prestaciones sociales a grupos marginados de población rural.<sup>3</sup>
- Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social. Recomendaciones sobre la adaptación de la legislación para

establecer esquemas jurídicos que propicien la extensión de la seguridad social, particularmente al medio rural.<sup>4</sup>

Al respecto, es apropiado mencionar el apoyo y colaboración recibidos de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y sus expertos que con sus aportes contribuyeron a la obtención de recomendaciones que han permitido la revisión de estructuras y políticas de seguridad social para identificar estrategias generales de extensión a la población rural y a los grupos marginados. Por ese motivo, la participación de la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) en esta mesa redonda convocada por la AISS y que para su realización cuenta con el auspicio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es ocasión propicia para reconocer el éxito y los excelentes resultados de pasadas reuniones organizadas conjuntamente por la AISS y el CPISS.

Como ejemplo, se puede evocar un evento que es parte de la historia de la seguridad social en América: la Mesa Redonda Mundial sobre la Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública<sup>5</sup> efectuada en 1969. De sus debates surgió, como inspiración de acciones futuras, la Declaración de Oaxtepec, que en su contenido establece conceptos y realidades sobre la importancia que representa la participación de los seguros sociales en las políticas nacionales de salud, los cuales son vigentes en las actuales estrategias de atención primaria que auspicia la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Como una reflexión de reconocimiento, la Secretaría General del CPISS expresa un recuerdo de cariño a tres personajes de la seguridad social mundial que, con sabiduría y firmes convicciones, inspiraron principios doctrinarios de la Declaración de Oaxtepec. Se rinde un respetuoso homenaje a la memoria de los señores Leo Wildmann, Reinhold Melas e Ignacio Morones Prieto.

En este informe, que pretende presentar una panorámica de la importancia que concede la Conferencia Interamericana de Se-

guridad Social a la extensión de la protección social a los grupos marginados rurales, es indispensable hacer mención a un acontecimiento que señaló con firmeza nuevos rumbos a la seguridad social del continente: la Resolución de la Octava Conferencia de los Estados de América, miembros de la OIT, en Ottawa, 1966, que se conoce con el título de Programa de Ottawa de Seguridad Social.<sup>6</sup>

En su contenido hace referencia a directrices para reformar la seguridad social, y respecto a la extensión a la población rural, es indispensable mencionar el punto ocho que a la letra dice:

“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. En la medida que fuere necesario debería determinarse una nueva orientación o un concepto más amplio de la seguridad de ingresos de los campesinos, buscando formas apropiadas para su realización. Dentro de los programas de reforma agraria deberá considerarse la protección integral de los trabajadores rurales. 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. Si la seguridad social de los trabajadores rurales no puede autofinanciarse con recursos propios de las zonas respectivas, deberá recurrirse a la solidaridad nacional”.

Por la vinculación estrecha con la OIT de parte de la CISS desde su creación en 1942, es conveniente dejar constancia de que el conjunto de ideas del Plan de Ottawa, relativo a la seguridad social al ámbito rural, se ha constituido en factor de inspiración para resoluciones y recomendaciones emanadas de numerosas reuniones y congresos convocados por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social a partir de 1966.

Informaciones recientes identifican como situación alentadora que numerosos seguros sociales de la región tienen en cuenta en

sus políticas de extensión los problemas de marginalidad. Por ello es apropiado señalar en esta introducción dos sencillas orientaciones del concepto de marginalidad:

- La primera, para significar una “marginalidad social”, fomentada por factores que son injusta barrera y que impiden a ciertos sectores participar en situaciones de cambio originadas por el proceso de desarrollo económico y social. En forma genérica pueden situarse en esta categoría los grupos de población al margen de los beneficios del progreso que exige en sentido estricto la solidaridad nacional y la justicia social.
- En la segunda, la marginalidad puede ser referida, en forma convencional, a la no participación en los programas de prestaciones y servicios cuya aplicación está contenida en la estructura tradicional de los seguros sociales. Esta situación, se puede definir como una “marginalidad de los beneficios de la seguridad social”.

El conjunto de los dos enfoques mencionados conduce a la siguiente conclusión: *tomando en cuenta las acciones que realiza la seguridad social en forma cada vez más definida como instrumento de política de desarrollo, habrá de convenirse que marginalidad social y marginalidad de los beneficios de la seguridad social son dos aspectos coincidentes y recíprocos de una misma problemática.*

Es pertinente, por la relación con el tema de este evento, hacer mención al programa de investigaciones y estudios iniciado por la OIT, que tiene como objetivo el fomento de las posibilidades de la atención primaria de salud en el ámbito de la seguridad social en la región americana. La Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social,<sup>7</sup> efectuada en la Ciudad de México en septiembre de 1982, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, expresó el siguiente concepto: “Las nuevas metas de salud requieren una concepción integrada del des-



arrollo nacional, ya que se ha demostrado que el crecimiento económico no conduce necesariamente hacia un mejor nivel de vida y salud. El papel de la seguridad social es, en este aspecto, fundamental.”

Al conocer las experiencias y perspectivas nacionales se definió, en esa ocasión, un objetivo: “hacer accesible la atención de salud a la totalidad de la población, mediante la estructuración y expansión de los servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia”. Esa meta, que requiere promover la articulación intersectorial y que para hacerla efectiva incluye factores económicos, sociales, culturales y ambientales, debe producir a corto plazo un impulso modificador de actitudes para la participación de la seguridad social en programas de prestación de salud a grupos marginados de las zonas rurales.

La celebración de este encuentro en Oaxtepec, que vincula esfuerzos de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, es un acontecimiento que permitirá continuar la revisión de estructuras de los seguros sociales y convertirlos en instrumento de cambio que contribuya a la dinámica del proceso de desarrollo.

Con certeza se puede esperar que la iniciativa del presidente del CPISS y director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, licenciado Ricardo García Sáinz, presentada en Ginebra en octubre de 1983, y el apoyo de la Mesa Directiva y Secretaría General de la AISS a cargo del señor Vladimir Rys, tendrán como consecuencia acelerar el fomento de actividades que requieren, como ingrediente formal, recurrir a estudios para identificar acciones jurídicas, administrativas, financieras y médico-sociales, que se constituyan en factores básicos para potenciar las probabilidades de extensión de protección social a los grupos marginados. Es aceptado que para esos propósitos será necesario disponer de información para conocer problemas específicos que están condicionando las características sociales, económicas y sanitarias de la población rural.

La revisión de estrategias utilizadas y resultados obtenidos en programas destinados a la protección social a los grupos margi-

dados de las zonas rurales, será apreciada en forma práctica en las aportaciones nacionales que se presenten a esta mesa redonda. Se conocerán y podrán evaluarse las experiencias recientes que modifican los sistemas tradicionales de los seguros sociales, las cuales han sido resultado de acciones políticas de los gobiernos, basadas en principios de solidaridad que favorecen procesos de desarrollo con justicia social.

Los planteamientos anteriores justifican que el informe de la Secretaría General del CPISS se concrete a presentar como una aportación a la mesa redonda la revisión de algunas acciones específicas que son reconocidas como requisitos previos para hacer factible la extensión de la seguridad social al ámbito rural.

En los capítulos que integran este documento, al pretender contribuir a la identificación y evaluación de situaciones que son comunes a las zonas rurales de algunos países de América Latina, se consideró conveniente establecer los siguientes temas:

#### **PROBLEMATICA EN LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LAS ZONAS RURALES**

##### **Características sociales, económicas y sanitarias**

##### **Situaciones específicas de las áreas rurales**

##### **Investigaciones para la extensión de la seguridad social**

#### **ESTRATEGIAS PARA OTORGAR PRESTACIONES A LA POBLACION RURAL**

##### **Modalidades de aplicación**

##### **Acción comunitaria para proyectar programas básicos de salud a las zonas rurales**

#### **PERSPECTIVAS EN EL CAMPO DE APLICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA POBLACION RURAL**

##### **Consideraciones finales**

## **PROBLEMATICA EN LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LAS ZONAS RURALES**

Es tendencia contemporánea ubicar a la seguridad social dentro del marco nacional de desarrollo y proyectar el incremento de la población protegida; esta conducta hace factible disminuir desigualdades para algunos sectores urgidos de protección por sus características adversas económico-sociales, como es el caso de la población marginada en zonas rurales.

Esta actitud origina decisiones políticas que permiten salir de un estancamiento en el proceso evolutivo y de extensión de la seguridad social, provocado por el rigorismo adoptado en legislaciones o por la mal entendida autonomía, que pretendiendo una total independencia de los seguros sociales, los apartaron de los programas globales de desarrollo nacional. Con el propósito de superar obstáculos, actualmente existe el consenso de que la seguridad social debe estar convenientemente incorporada a la planificación del desarrollo y del progreso social.

La estructuración de acciones para el proceso de extensión debe adecuarse a las condiciones particulares de los nuevos sectores de población que deberán cubrirse y a la problemática del área en que viven, ya sea urbana o rural. Por consiguiente, es indispensable obtener la información que permita profundizar en problemas condicionados por las situaciones socioeconómicas y sanitarias, matizadas por ingredientes peculiares de índole ecológico, cultural y demográfico.

### **Características sociales, económicas y sanitarias**

En América Latina los países tienen características comunes y situaciones específicas que ameritan un estudio minucioso y responsable, previo al procedimiento de adopción de soluciones adecuadas para definir programas de extensión de la seguridad social a la población rural.

En la revisión del material de consulta producido en reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y sus órga-

nos técnicos, ha sido posible identificar características generales de la población campesina que se enumeran a continuación, las cuales son evidencia de marginación en el progreso social y por consiguiente de marginación a prestaciones y servicios encomendados a los seguros sociales:

- Aproximadamente el 45% de la población es campesina.
- Existen núcleos de población indígena, asimilados parcialmente a la civilización, que conservan patrones culturales y estructuras socioeconómicas que requieren de urgente atención.
- Es evidente la dispersión de la población rural; más de 125 millones de personas viven en comunidades menores de 2 000 habitantes.
- Por razones topográficas, en la gran mayoría de los países existen condiciones de inaccesibilidad que han impedido la penetración adecuada de los medios de atención médica, así como de superación económica y progreso social.
- El ritmo de crecimiento de la población es superior al de cualquier región del mundo con una tasa promedio de 2.9% anual. Algunos países alcanzan cifras superiores al 3.2%, que contrasta con el 0.9% que tienen los países europeos.
- En la estructura por edades se encuentra como promedio que el 42% de la población es de menores de 15 años y el grupo de edad de mayores de 65 años representa el 4%. Consecuentemente la población económicamente activa representa un porcentaje desfavorable.
- El ingreso per cápita en términos generales es muy bajo, y se advierte una gran desigualdad en la distribución del ingreso. Este ingreso es aún más bajo en el medio rural.
- Es preocupante la emigración desordenada hacia las zonas urbanas, origen de cinturones de población marginada que

por sus características impide su acomodo en la industrialización. Como consecuencia, se ocupa en labores de baja productividad con lo cual se traslada la subocupación del campo a la ciudad.

- La producción de alimentos ha sido insuficiente con un déficit de nutrientes básicos, especialmente proteínas de origen animal, que trae como resultado un bajo nivel en la nutrición de la población. Hay países con un déficit alimentario por debajo de las 2 000 calorías per cápita, pero este promedio resulta engañoso pues es inferior en las grandes mayorías especialmente en las áreas rurales.
- La vivienda tiene características negativas pues es insuficiente y presenta malas condiciones. En el medio rural, una parte muy importante está constituida por habitaciones únicas en donde conviven con promiscuidad las numerosas personas que constituyen la familia campesina.
- Los suministros de agua intradomiciliaria han tenido desarrollo importante en las zonas urbanas y muy limitado en las áreas rurales, donde más del 80% de las viviendas recibe agua de pozos, aljibes o depósitos, entre otros medios de aprovisionamiento inadecuados e insalubres.
- La disposición de excreta y basuras, sobre todo en las áreas rurales, es prácticamente nula o con un desarrollo rudimentario, lo que ocasiona que la habitación campesina, por sus deficientes condiciones higiénico-sanitarias, ofrezca malas condiciones de habitabilidad al núcleo familiar.
- El proceso educativo en las áreas rurales, no obstante los esfuerzos realizados y la magnitud creciente de los recursos aplicados, se desarrolla a un ritmo más lento que en las zonas urbanas, manteniéndose altos índices de analfabetismo.
- A pesar del interés de ministerios de salud e instituciones de seguridad social por proporcionar atención médica eficiente y oportuna y tratar de estructurar programas nacionales de

salud, los indicadores perfilan una situación que aún es desfavorable: la mortalidad infantil sigue representando tasas muy altas, la morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se mantiene elevada. Esta situación hace evidente la necesidad de enfrentar con grado prioritario los problemas de salud.

- Es una realidad en algunos países que los seguros sociales en su extensión gradual y progresiva han sido factores importantes para la distribución del personal de salud. Han llevado prestaciones médicas a poblaciones cuyos recursos eran muy limitados y en ocasiones inexistentes; sin embargo, los recursos de salud no han aumentado en forma paralela al incremento demográfico, lo que origina una brecha entre la demanda satisfecha y la demanda sentida. Por lo tanto, es imperativo realizar programas más amplios que se proyecten fundamentalmente a las zonas rurales, cuyos habitantes requieren de un apoyo nacional solidario.
- La inadecuada distribución del personal médico, de sus auxiliares y de otros profesionales y técnicos que se concentran en las grandes capitales, ocasiona que la población en el medio rural carezca o disponga de esos recursos en forma muy limitada.
- En América Latina existen aproximadamente más de 14 000 establecimientos hospitalarios que disponen de más de 900 000 camas, con una utilización variable pero en general deficiente. Las camas de hospital disponibles es uno de los renglones que expresa, junto con el desarrollo institucional de recursos humanos, el significativo aporte de los seguros sociales a las políticas nacionales de salud.

Como conclusión a las situaciones que se identifican en las zonas rurales, debe aceptarse que las características sociales, económicas y sanitarias de la población son poco favorables y requieren, como lo expresa el Programa de Ottawa de Seguridad Social, que los seguros sociales incorporados a la planeación nacional concedan prioridad a sus programas de extensión y modifiquen sus estructuras tradicionales.

### **Situaciones específicas de las áreas rurales**

A la realidad expuesta en el capítulo anterior, que hace evidente la difícil situación que se presenta como denominador común en un gran porcentaje de la población campesina, deben agregarse factores que se constituyen en problemas específicos y entre los cuales es posible destacar los siguientes:

- Agricultura empobrecida por una estructura heterogénea de la fuerza laboral, la multiplicidad y complejidad de sociedades agrícolas, el aislamiento y dispersión geográfica de los núcleos de población por el éxodo rural.
- Alto nivel de subempleo rural.
- Bajos ingresos de los trabajadores agrícolas asalariados e independientes, que son, con frecuencia, considerablemente menores a los de trabajadores de otros sectores.
- Mayor pobreza y marginación de los beneficios de instituciones de protección social.
- Carencia de una infraestructura de salud y muy limitadas posibilidades para establecerla.

Todos estos factores, que han sido identificados en reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, constituyen un conjunto de problemas que deben considerarse en las modalidades de extensión al ámbito rural, en donde, por ser escasa la capacidad contributiva de la familia campesina, deben adoptarse procedimientos factibles con apoyo de la solidaridad nacional representada con firmeza por aportes suficientes del presupuesto gubernamental. Al incrementar acciones y programas para contribuir al desarrollo socioeconómico y aumento de la productividad de la población rural marginada, se inicia un proceso que elimina sistemas de beneficencia pública limitados y anacrónicos, que han sido característica de situaciones de injusticia social.

## **Investigaciones para la extensión de la seguridad social**

La extensión a las zonas rurales plantea la necesidad de emprender investigaciones previas por grupos multidisciplinarios que permitan conocer aspectos económicos, sociales, culturales, de salud y jurídico-administrativos. Detectada la problemática, valorados los recursos y determinadas las prioridades, se procederá a establecer políticas de aprovechamiento o construcción de instalaciones, dotación de equipo, contratación, distribución y adiestramiento del personal necesario. Es muy recomendable —como ha sido reiterado— tomar en cuenta a los miembros de las comunidades rurales para motivarlos y lograr su participación activa en la realización de los programas que se proyecten para extender el campo de aplicación de la seguridad social.

Para que los resultados estén de acuerdo con los objetivos previstos es indispensable procurar la eficiencia de los servicios otorgados así como la mejor utilización de los recursos disponibles. Por tal motivo, para evaluar la operación es necesario contar con un sistema de información completo, ágil y oportuno.

A continuación se mencionan algunas investigaciones que en las recomendaciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y sus reuniones técnicas han sido calificadas como indispensables antes de decidir las prestaciones que se concederán y las modalidades de administración y financiamiento apropiadas:

- Aspectos demográficos
  - Población urbana y rural
  - Estructura de la población por edades
  - Distribución de la población por tipo de localidades
  
- Aspectos económicos
  - Estructura ocupacional en el campo
  - Productividad agrícola
  - Consumo y productividad de alimentos



- Aspectos educativos
  - Población escolar inscrita en escuelas primarias
  - Índice de analfabetismo
  - Patrones culturales
  - Patrones alimentarios
  
- Aspectos del medio físico
  - Características de la vivienda
  - Disponibilidad de agua y drenaje
  
- Aspectos de salud
  - Tasa de mortalidad infantil
  - Principales causas de defunción
  - Tasas de morbimortalidad por padecimientos infecciosos y parasitarios
  - Índices de desnutrición
  - Disponibilidad de recursos para los servicios de salud

La aplicación práctica de los resultados de esas investigaciones hace posible encontrar procedimientos de extensión a zonas rurales fundamentados en las realidades encontradas, lo que permite evitar la extrapolación de indicadores obtenidos en el medio urbano nacional o de otros países de mayor desarrollo económico y diferentes características socioculturales.

## **ESTRATEGIAS PARA OTORGAR PRESTACIONES A LA POBLACION RURAL**

En la evaluación de situaciones que son comunes y en otras de carácter específico que deben considerarse en el proceso de extensión de la seguridad social a la población marginada de las zonas rurales, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su Comisión Americana Médico-Social, han identificado como principales las siguientes:

- Dispersión de la población

- Deficientes medios de comunicación y accesibilidad complicada
- Sistemas de organización agrícola de carácter tradicional, con baja productividad económica
- Elevados índices de analfabetismo
- Altas tasas de morbilidad y perfiles negativos en el panorama de salud
- Coordinación incipiente entre las instituciones responsables de la salud, que es factor para ocasionar:
  - Problemas en la construcción, funcionamiento y aprovechamiento de instalaciones para servicios de salud.
  - Complejidad administrativa y costos elevados de operación.
  - Condiciones adversas en el adiestramiento y contratación de personal médico, paramédico y auxiliar.

El análisis global y la interrelación de las circunstancias mencionadas hacen obligatorio formular estrategias con un enfoque de extensión gradual en cuantía, en tiempo y en espacio. Cuantía en relación con el monto de prestaciones, establecimiento de programas inmediatos y mediatos en función del tiempo, y cobertura territorial progresiva.

La dispersión de la población, ostensible en el elevado número de localidades con pocos habitantes, exige elaborar indicadores que califiquen en escala nacional a todas las comunidades para determinar su posible elección o eliminación temporal en los planes de extensión. Por otra parte, en la selección de regiones es conveniente estimar factores determinantes de potencialidad económica como son: las tierras y sus cultivos, los productos agropecuarios, el valor de la producción de los bienes primarios obtenidos y la fuerza de trabajo aplicada, el grado de mecanización, el empleo de fertilizantes y el mercado.

El bajo nivel de vida, la ausencia o funcionamiento rudimentario de servicios públicos, los problemas de tenencia de la tierra y los relativos a la producción agropecuaria, representan esferas de acción integral que compete a políticas generales de gobierno, en las cuales las instituciones de seguridad social deben participar de acuerdo con lo previsto en los planes nacionales de desarrollo. El procedimiento de participación de los seguros sociales se establece con frecuencia mediante convenios de coordinación o integración, que tienen como objetivo sumar esfuerzos y recursos en una tarea común y hacer vigente la aplicación de principios de solidaridad.

La extensión de prestaciones de la seguridad social a zonas rurales debe basarse en técnicas y métodos de operación adecuados a la población a que se dirigen con la finalidad de otorgar prestaciones que resuelvan las necesidades más urgentes de la familia campesina, de tal manera que sea posible establecer modalidades de cotización diferentes a las que aporta un trabajador asalariado urbano. Como un ejemplo ilustrativo, es recomendable consultar la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social en la extensión de los servicios médicos a sectores marginados rurales y el procedimiento de estimar el trabajo comunitario,<sup>8</sup> que se clasifica en jornadas anuales, requisito que sustituye las cotizaciones en dinero y permite que la familia campesina adquiera el derecho a servicios en las unidades médicas rurales.

### **Modalidades de aplicación**

Como conclusión de carácter general, es posible identificar las siguientes posibilidades de solución para la extensión de la seguridad social a los grupos marginados rurales:

- Esperar su desarrollo económico
- Incrementar los recursos del esquema sanitario asistencial
- Ampliar el campo de aplicación de la seguridad social

Política adoptada por algunos países y que interesa en particular a este informe ha sido la de ampliar el campo de aplicación de

la seguridad social e incrementar los recursos sanitarios. Por tanto, es menester estructurar bases sólidas que permitan fundamentar esa decisión sin vulnerar el equilibrio financiero que, en su alteración, puede conducir al detrimento de las finalidades primordiales de la seguridad social. En consecuencia, para el funcionamiento de programas de protección social a grupos marginados de zonas rurales, los gobiernos, aplicando principios de solidaridad nacional, deben asumir una mayor carga presupuestal en los capítulos de inversiones y de costo operativo de las prestaciones y servicios.

Se menciona con frecuencia que el seguro social estuvo proyectado para la protección de los trabajadores asalariados. Después de algunos años —con la experiencia adquirida y para cumplir el postulado de coadyuvar al desarrollo económico y progreso social— se han ido apartando de esa concepción inicial para procurar protección a todos los miembros de la sociedad, actitud que ha sido motivada por las recomendaciones de organismos internacionales y la aplicación de decisiones políticas nacionales que se constituyen, sin duda, en el factor determinante.

En numerosos países latinoamericanos la población rural representa un porcentaje elevado y es importante fuente generadora de recursos agropecuarios. Por eso, la protección social a zonas rurales es preocupación que origina nuevas disposiciones jurídico-administrativas que han introducido modalidades especiales en los sistemas de cobertura de los seguros sociales. En los últimos años, como consecuencia, se advierten avances de cierta importancia en el cumplimiento del principio de universalidad por la incorporación de grupos significativos de población campesina.

### **Acción comunitaria para proyectar programas básicos de salud a las zonas rurales**

Para otorgar prestaciones a la población rural, sustentadas en convenios jurídico-administrativos, algunas instituciones de seguridad social dan prioridad en sus estrategias de extensión al establecimiento de programas básicos de salud. Para cumplir esos

programas y sus acciones, se ha considerado como requisito indispensable la participación activa de la comunidad, que adquiere la dimensión de un proceso social caracterizado por una serie de actividades de núcleos organizados de la población con la finalidad de coadyuvar a la solución de necesidades económicas, sociales y sanitarias.

La acción comunal podría definirse en consecuencia como un conjunto de métodos, técnicas sociales de investigación y de promoción que permiten identificar problemas y necesidades en grupos de población para definir las alternativas de solución y lograr la participación activa, consciente y organizada en actividades de trabajo comunitario.

Con la participación activa de la comunidad se pretenden los siguientes objetivos:

- Desarrollar los programas básicos de salud, tanto en el nivel intrainstitucional, como en el ámbito del hogar, laboral, escolar y comunal en general.
- Lograr la motivación, concientización y organización de la comunidad, para que participe de manera activa en el desarrollo de los programas básicos de salud.
- Fomentar en la población el sentido de solidaridad y de responsabilidad colectivo en relación con su salud y el mejoramiento de sus condiciones de vida.
- Propiciar que los habitantes de las áreas rurales alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en prestaciones tradicionales de los seguros sociales.

Por las condiciones identificadas en zonas rurales, se puede concluir que los requisitos principales para esta modalidad de programas básicos de salud son los siguientes: la selección de localidades, los estudios socioeconómicos, la información sobre la estructura familiar, la promoción racional de obras y servicios y

la participación comunal en acciones destinadas a mejorar aspectos sanitarios ambientales y de salud de la población campesina.

En algunos países de América Latina es evidente que los programas básicos de salud en las zonas rurales, apoyados en la estructura jurídico-administrativa de los seguros sociales, además de otorgar servicios de atención médica con eficacia, han contribuido a la transformación del medio ambiente para la obtención de condiciones favorables de bienestar, resultados que se aprecian, por ejemplo, en la disposición sanitaria de basuras y eliminación de la fauna nociva.

Informar y difundir los resultados de los logros alcanzados es una actitud efectiva que promueve cambios positivos en el comportamiento de la comunidad y de los recursos humanos que realizan actividades sanitarias, elementos que en sus acciones conjuntas representan un factor determinante que contribuye a elevar las condiciones de bienestar y salud de la población rural.

## **PERSPECTIVAS EN EL CAMPO DE APLICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA POBLACION RURAL**

Cuando se pretende implantar nuevas estrategias para extender el campo de aplicación de la seguridad social a sectores marginados en zonas rurales, se requieren decisiones políticas apoyadas en normas jurídicas y administrativas precisas. Esas reformas serán factibles y más efectivas si recurren, como principio de sustentación, a la solidaridad nacional, recurso humanista que permite abordar con cierto optimismo el futuro de la seguridad social ante la situación actual de crisis económica.

En reciente publicación de la Oficina Internacional del Trabajo, titulada *La seguridad social en la perspectiva del año 2000*,<sup>9</sup> el director general señor Francis Blanchard plantea el siguiente cuestionamiento: "¿Nos encontramos en una transferencia de los sistemas actuales a fin de tomar en cuenta nuevas realidades? En caso afirmativo, ¿qué orientaciones deben seguirse?". El mismo

116.

Blanchard encuentra la respuesta acertada en otra pregunta, y dice: “¿No habrá llegado el momento de volver a poner manos a la obra y ordenar en un conjunto coherente los objetivos y medios de la seguridad social de mañana dentro del debido respeto a las realidades culturales, económicas y sociales de cada país?”

Las reflexiones anteriores —que surgieron del informe presentado por un grupo de expertos designados para efectuar un análisis general de los progresos logrados y la posible evolución de la seguridad social en los países industrializados en las postrimerías del siglo veinte— son coincidentes con opiniones de dirigentes y expertos de la seguridad social en América Latina, quienes, cuando se refieren a la extensión del campo de aplicación a la población marginada, recomiendan: las nuevas estrategias, tienen que apartarse de la concepción tradicional de los seguros sociales y adaptarse a las características de las estructuras económicas y sociales de cada país.

El informe de la Secretaría General, al terminar con un capítulo dedicado al difícil tema de señalar perspectivas para la extensión del campo de aplicación de la seguridad social a la población rural, adopta una conducta que coincide con lo expresado en las sencillas y magistrales preguntas del señor Blanchard. El acuerdo es explicable, porque al analizar las inquietudes presentes se identifican situaciones preocupantes para el futuro, como son: dificultades económicas que caracterizan la coyuntura actual, crecimiento impresionante del costo de los servicios médicos, desequilibrio financiero de los seguros sociales y realidades angustiosas en campos sociales de la educación, salud y demografía, elementos todos que en su evaluación determinan la urgente necesidad de transformar sistemas y ordenar objetivos para hacer posible la remodelación de estrategias futuras de la seguridad social, acordes con las realidades de cada país.

En la convicción de que referirse a cambios en la doctrina y práctica de la seguridad social en cada país exige como requisito primario la experiencia adquirida en su administración, complementada por el conocimiento de la situación económica y social, se estimó razonable terminar este documento con algunas conside-

raciones finales que recogen conceptos emanados de la participación de expertos y dirigentes de instituciones nacionales en diversas reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los conceptos, siempre cambiantes, recibirán el impulso de experiencias nacionales recientes en el ámbito mundial, que serán con certeza el más valioso aporte a la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a Grupos Marginados de las Zonas Rurales.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

- Existe el consenso de que la política de seguridad social depende de las características del desarrollo social y económico de cada país, que son las que permiten y regulan la extensión del campo de aplicación de las prestaciones y servicios a los diferentes sectores de la población. Resultado positivo ha sido la incorporación de los seguros sociales a la planeación nacional y a sus programas intersectoriales.
- Es evidente que los seguros sociales se han constituido en eficaz instrumento para la solución de problemas económicos, sociales y de salud de algunos sectores de la población, pero se han enfrentado a factores adversos que han limitado su extensión horizontal, por lo que aún continúan sin protección grupos numerosos en el medio urbano y sobre todo en el medio rural.
- La nueva tendencia de la seguridad social en América Latina contempla con preocupación la creciente presencia de sectores de profunda marginación socioeconómica y la casi nula capacidad contributiva, situación que obliga a reorientar las políticas de solidaridad nacional y de financiamiento para acelerar las acciones que puedan proporcionar protección social a esos grupos.
- Es conveniente recomendar acciones legislativas para reformar o promulgar nuevas leyes, a efecto de disponer del marco jurídico indispensable para la selección de alternativas en la extensión de la seguridad social y de posibles modalidades.



des de financiamiento y prestaciones, compatibles con el desarrollo económico y social en cada país.

- La promulgación de nuevas leyes o las reformas a las existentes han dado origen a nuevos esquemas de protección que propician la extensión de la seguridad social a grupos de población hasta ahora desprotegidos. Se advierte que para el éxito de esa política, se requiere de congruencia con los ordenamientos en materia de reforma agraria y políticas agropecuarias, crediticias, educativas y de salud.
- La existencia de sectores de población marginados de los beneficios de los seguros sociales, ocasionada por su escasa capacidad económica y contributiva, hace necesario reorientar los postulados de la extensión y encontrar nuevos métodos de protección que hagan factible el otorgamiento de un esquema aceptable de prestaciones médicas y sociales para esos grupos.

En la adopción de esta política se recomienda vigilar la integridad financiera de las instituciones y el cumplimiento de prestaciones y servicios que corresponden, por derecho, a la población asegurada por los regímenes establecidos.

- Por las características ecológicas, los factores epidemiológicos y las condiciones sanitarias prevalecientes en las zonas rurales, las prestaciones de salud son estimadas como prioritarias en la primera etapa de la extensión de la seguridad social; en consecuencia es requisito aprovechar mejor los recursos humanos y materiales de la infraestructura nacional de salud, mediante la adecuada legislación y organización de los servicios médicos.
- Al reconocer la importante participación de las instituciones de seguridad social en las estrategias de ampliación de la cobertura en salud, se recomienda propiciar la utilización de inversiones para fortalecer programas de atención primaria.

Los programas deben orientarse al objetivo de proporcionar a la población rural marginada una atención que evite

complejidades, pero que sea eficiente, e impartida en unidades atendidas por personal con capacitación adecuada, bajo supervisión médica y que proporcione como requisito los servicios básicos de salud a la comunidad.

- La participación de la seguridad social en la formación de recursos humanos, obliga a revisar con responsabilidad las peculiaridades de las políticas de formación de estos recursos para adecuarlos a las necesidades sociales y de salud. Se reconoce como muy importante incrementar la coordinación entre educación superior, salud pública y seguridad social para propiciar el cambio que requiere la planeación y estructura de programas docentes.
- Debe estimularse la creación de mecanismos legales que promuevan la participación de las comunidades en la elaboración, ejecución, promoción y evaluación de los programas de salud en cada región, con apego a las variantes aplicables a la idiosincrasia de cada grupo poblacional.

Los programas de ampliación de cobertura con participación comunitaria deben responder a una política nacional de coordinación, o de integración cuando políticamente es factible, utilizando todas las entidades comprometidas en acciones del sector salud.

- Respecto a las consultas técnicas regionales sobre estrategias para el desarrollo de programas de salud en la seguridad social y su contribución a la meta de salud para todos en el año 2000, se reconoce que la actividad anunciada para marzo de 1985 por el Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo, que tiene como propósito el seguimiento de resultados prácticos de nuevas modalidades para el desarrollo de programas de salud, permitirá encontrar nuevas orientaciones para la estrategia de atención primaria.
- En América Latina se considera importante reiterar a los organismos internacionales la recomendación de coordinar sus

120.

acciones y dar prioridad al estudio de los factores que limitan la extensión de la seguridad social. Para cumplir con ese propósito es conveniente promover reuniones regionales para conocer y evaluar periódicamente los avances logrados en la protección a población aún no protegida, particularmente en el medio rural.

## MATERIAL DE CONSULTA

### 1. Principales resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social relacionadas con la extensión de la seguridad social a la población rural. 1942 a 1983\*

- Resolución CISS No. 9 (Santiago de Chile, 1942). "Ampliación del seguro social a los trabajadores agrícolas, servidores domésticos y trabajadores independientes".
- Resolución CISS No. 22 (Río de Janeiro, 1947) "Ampliación del seguro social a los trabajadores agrícolas".
- Resolución CISS No. 42 (México, 1952) "Extensión del seguro social a los trabajadores del campo".
- Resolución CISS No. 46 (México, 1952) "Incorporación de trabajadores organizados en forma comunitaria a los sistemas de seguridad social".
- Resolución CISS No. 53 (México, 1960) "Declaración de México. Principios de la seguridad social americana".
- Resolución CISS No. 56 (México, 1960) "La seguridad social para el trabajador rural".
- Resolución CISS No. 59 (Asunción, Paraguay, 1964) "Técnicas para la aplicación de la seguridad social a la población rural".
- Resolución CISS No. 66 (Panamá, 1968) "Extensión de la seguridad social a la población rural".
- Resolución CISS No. 74 (Quito, Ecuador, 1971) "Programa coordinado de extensión de la seguridad social al sector rural".

\* Texto de las resoluciones, *Revista Seguridad Social*, Año XXIX, Epoca V, Nos. 121-122, enero-abril, 1980.

- Resolución CISS No. 78 (San Salvador, El Salvador, 1974) "Nuevos esquemas de organización para extender la seguridad social a otros sectores de la población, principalmente en el medio rural".
- Resolución CISS No. 85 (México, 1977) "Prestaciones de los sistemas de seguridad social en las áreas rurales".

**2. Principales resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social sobre prestaciones y servicios sociales. 1942 a 1983\***

- Resolución CISS No. 5 (Santiago de Chile, 1942) "Ampliación del seguro social a los trabajadores intelectuales".
- Resolución CISS No. 19 (Río de Janeiro, Brasil, 1947) "Seguridad social y servicios sociales".
- Resolución CISS No. 20 (Río de Janeiro, Brasil, 1947) "Servicios de empleo y seguro de desempleo".
- Resolución CISS No. 26 (Río de Janeiro, Brasil, 1947) "Coordinación de los servicios del seguro social con los organismos de política social del Estado".
- Resolución CISS No. 36 (Buenos Aires, Argentina, 1951) "Enseñanza rural e industrial a los beneficiarios de la seguridad social".
- Resolución CISS No. 37 (Buenos Aires, Argentina, 1951) "Inversión de parte de las reservas del seguro social en viviendas para familias económicamente débiles".
- Resolución CISS No. 38 (Buenos Aires, Argentina, 1951) "Seguro de desempleo y servicios de empleo".

Texto de las resoluciones *Revista Seguridad Social*, Año XXIX, Epoca V, Nos. 121-122, enero-abril, 1980.

- Resolución CISS No. 43 (México, 1952) "Prestaciones familiares".
- Resolución CISS No. 49 (Caracas, Venezuela, 1955) "Habitación y seguridad social".
- Resolución CISS No. 50 (Caracas, Venezuela, 1955) "Colaboración de las instituciones de seguridad social para la solución del problema de la vivienda de interés social".
- Resolución CISS No. 60 (Asunción, Paraguay, 1964) "Las prestaciones en servicios sociales en los regímenes de seguridad social".
- Resolución CISS No. 67 (Panamá, 1968) "Extensión de la seguridad social a ciertas categorías de trabajadores: independientes, profesionales libres, a domicilio, domésticos y de la industria familiar".
- Resolución CISS No. 68 (Panamá, 1968) "Asignaciones familiares en América".
- Resolución CISS No. 70 (Panamá, 1968) "Las prestaciones sociales en los regímenes de seguridad social".
- Resolución CISS No. 81 (San Salvador, El Salvador, 1974) "La protección de la juventud y la seguridad social. Los problemas del empleo, desempleo, invalidez y rehabilitación de los jóvenes".

**3. Congresos americanos de medicina de la seguridad social. Conclusiones y recomendaciones sobre modalidades de servicios de atención médica y prestaciones sociales a grupos marginados de población rural.**

- Conclusiones sobre el tema "Nuevas experiencias en la extensión de las prestaciones médicas de la seguridad social a zonas y comunidades rurales".

Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, 1969, *Revista Seguridad Social*, Año XVII, Epoca III, No. 56, marzo-abril, 1969.

- Seminario sobre “Servicios sociales de las prestaciones médicas de la seguridad social”.

Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, 1969, *Revista Seguridad Social*, Año XVIII, Epoca III, No. 57, mayo-junio, 1969.

- Informe final del tema “Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural”.

Cuarto Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Asunción, Paraguay, 1974, *Revista Seguridad Social*, Año XXIII, Epoca III, No. 89, septiembre-octubre, 1974.

- Conclusiones y recomendaciones relativas al tema “La extensión del campo de aplicación de la seguridad social y esquemas de organización para la utilización de los recursos en las prestaciones médicas”.

Sexto Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, San José, Costa Rica, 1978, *Revista Seguridad Social*, Año XXVIII, Epoca V, Nos. 115-116, enero-abril, 1979.

- Conclusiones y recomendaciones relativas al tema “Extensión del campo de aplicación de los servicios médicos de la seguridad social a sectores marginados, urbanos y rurales”.

Séptimo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, D.F., 1981, *Revista Seguridad Social*, Año XXX, Epoca V, Nos. 129-130, mayo-agosto, 1981.

- Conclusiones relativas al tema “Participación de los recursos humanos en las instituciones de seguridad social y

la acción comunitaria en las estrategias nacionales de atención primaria de salud”.

Octavo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Panamá, 1983, *Revista Seguridad Social*, Año XXXII, Epoca V, Nos. 143-144, septiembre-diciembre, 1983.

**4. Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social. Acapulco, México, 1975.**

Conclusiones y recomendaciones sobre el tema “Adaptación de la legislación para establecer esquemas jurídicos que propicien la extensión de la seguridad social, particularmente en el medio rural”. *Revista Seguridad Social*, Año XXV, Epoca IV, No. 97, enero-febrero, 1976.

**5. Mesa Redonda Mundial sobre la Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública. Oaxtepec, México, 1969.**

Declaración de Oaxtepec, *Revista Seguridad Social*, Año XVIII, Epoca III, Nos. 58-59, julio-octubre, 1969.

**6. Octava Conferencia de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Ottawa, Canadá, 1966.**

“Resoluciones sobre el papel de la seguridad social en el progreso social y económico en las Américas”, *Revista Seguridad Social*, Año XV, Epoca III, No. 41, septiembre-octubre, 1966.

**7. Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social. México, 1982.**

Informe final, México-Ginebra, 1982. Departamento de la Seguridad Social de la OIT, Ginebra.



## 8. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- La extensión del campo de aplicación de los servicios médicos de la seguridad social a sectores marginados, urbanos y rurales: el caso de México. Ponencia presentada al Séptimo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, 1981.
- La extensión de los servicios médicos de la seguridad social a sectores marginados rurales. Ponencia presentada en el Seminario CPISS/CISS sobre Racionalización del Costo de la Atención Médica, México, 1982.
- La solidaridad social en México: una estrategia de salud para el desarrollo. Ponencia presentada a la Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social, México, 1982.
- El personal médico y la participación de la comunidad en las estrategias de atención primaria de la salud. La experiencia del IMSS. Ponencia presentada en el Octavo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Panamá, 1983, *Revista Seguridad Social*, Año XXXIII, Epoca VI, Nos. 145-146, enero-abril, 1984.

## 9. Oficina Internacional del Trabajo.

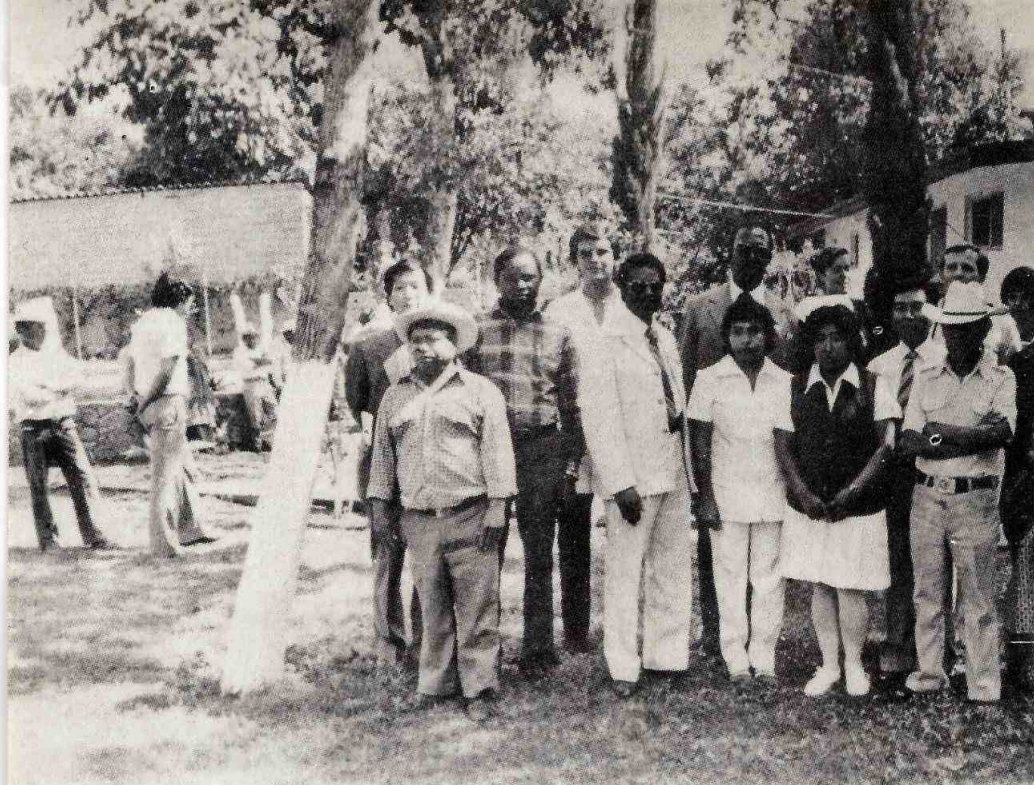
- La seguridad social en la perspectiva del año 2000. Informe presentado al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la seguridad social de los países industrializados frente a los cambios económicos y sociales, Ginebra, 1984.

EL CIESS Y LA EXTENSION  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
A LOS GRUPOS MARGINADOS RURALES\*

Emilio Rabasa Gamboa\*\*

\* Informe presentado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

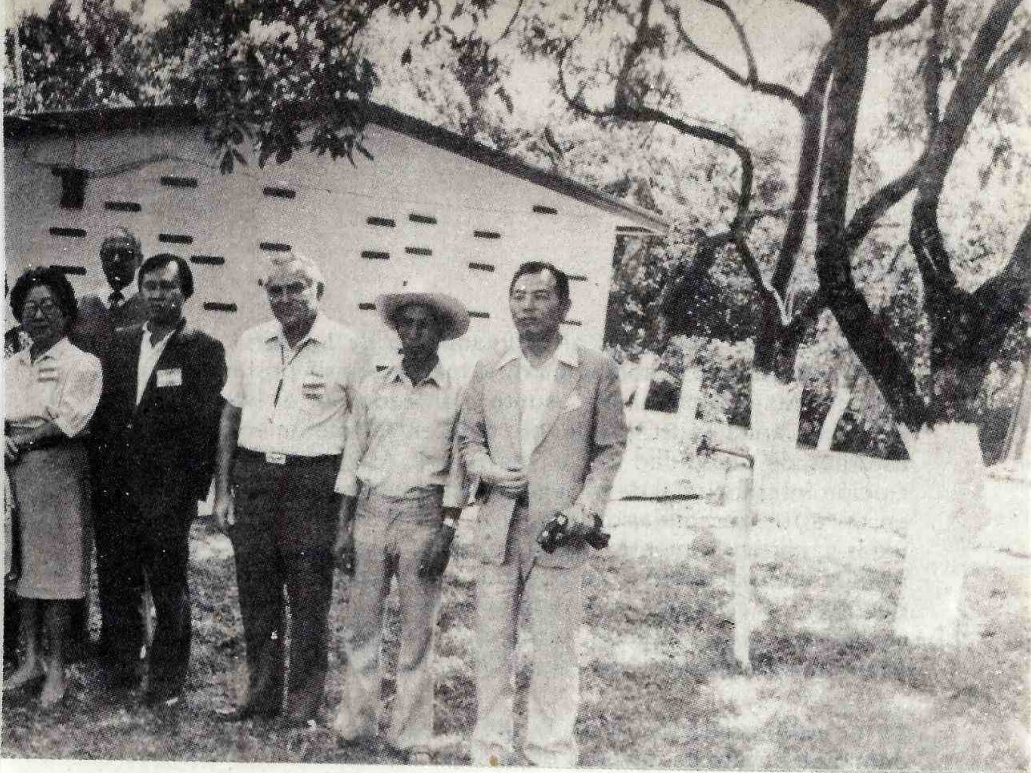
\*\* Director del CIESS..



Family Reunion, Campbell

Family Reunion, Campbell

1950



Visita a la Unidad Médica Rural de Tlayacapan, Morelos. Representantes de diversos países, miembros del Comité de Salud de la localidad y personal que atiende la Clínica.

## INTRODUCCION

Los problemas referentes al otorgamiento de los servicios sociales y de salud a la población rural marginada sin posibilidades económicas de cotización, asunto planteado por el licenciado Ricardo García Sáinz, presidente del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, en la XXI Asamblea de la Asociación Internacional de la Seguridad Social,<sup>1</sup> nos ha convocado en un esfuerzo solidario de análisis, reflexión, intercambio de ideas y, particularmente, concientización a instituciones y organismos internacionales. En nuestra intervención trataremos de contribuir a este amistoso debate desde la perspectiva de un centro de capacitación en la seguridad social: el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

En el ámbito internacional, la preocupación por el desarrollo económico, surgida después de la Segunda Guerra Mundial, dio lugar a diversas teorías y a la realización de múltiples esfuerzos tendientes a propiciarlo.

Tanto desde el punto de vista teórico como en el terreno práctico, las actividades de desarrollo económico llevaron a la creencia de que existía una relación directa y automática entre el crecimiento económico y el mejoramiento de los niveles de vida de toda la población. En consecuencia, los programas se orientaron a fomentar el aumento del ingreso per cápita, en el supuesto de que la prosperidad económica ocasionaría en un plazo razonable una mejoría equivalente en las condiciones de vida, si no de toda, sí de la mayor parte de la población. Sin embargo, la experiencia acumulada en años recientes en América Latina muestra que aquella relación no resultó tan directa, y mucho menos automática. Así lo manifiesta, inclusive, la experiencia de los países más desarrollados que han debido establecer correctivos por cuanto importantes sectores de su población se encuentran por debajo de lo que esas mismas sociedades consideran el "umbral mínimo" de vida.

1. *Cuestión social* No. 7, junio-agosto 1984, IMSS, México.

La acción correctora del Estado es necesaria tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, ya que no parecen existir mecanismos automáticos en las economías de mercado que orienten acciones, planes y recursos hacia la satisfacción de las necesidades de los grupos pobres y marginales.

En resumen, es un hecho que el desarrollo económico ni es lineal, ni es igual, y que las economías de mercado por sí mismas no resuelven esa desigualdad.

“América Latina tuvo éxito en su empeño de acelerar su crecimiento económico. En el decenio de 1950 su producto interno bruto creció a una tasa media anual de 5.2%, lo que significó un aumento del ingreso por persona de 2.3% anual. En el decenio siguiente, estas mismas tasas alcanzaron 5.6 y 2.6%, respectivamente y, por último, en el período de 1970 a 1977 sus valores se elevaron a 6.1 y 3.3%. En síntesis, el ritmo de crecimiento económico de América Latina no sólo fue satisfactorio, sino que se aceleró en el transcurso del tiempo y permitió que el producto interno per cápita se duplicara con creces en el período comprendido entre 1950 y 1977.

“Sin embargo, esta noble evolución no rindió los frutos que de ella se esperaban en el sentido de que se reduciría la extensión de la pobreza, disminuirían las desigualdades sociales y se eliminaría el desempleo. Al analizar el período de 1960 a 1970, se observa que la extensión de la pobreza sólo se redujo de 51% en 1960 a 40% en 1970, permaneciendo prácticamente inalterado el número absoluto de pobres en 113 millones de personas. La distribución del ingreso no experimentó grandes variaciones: la participación en el ingreso total del 20% más pobre se redujo de 3.1% en 1960, a 2.5% en 1970, y la del 50% más pobre se incrementó de 13.4% en 1960, a un 13.9% en 1970. Finalmente, la escasa información existente sobre la situación ocupacional indica que el problema del desempleo no varió mucho durante los años sesenta, alcanzándose, en 1970, una tasa de desempleo abierto de 5.8% y una subutilización total de mano de obra equivalente

132.

a 27.4%".<sup>2</sup> La ONU es la fuente de esta información estadística que demuestra, a todas luces, la inequivalencia entre desarrollo económico acelerado y mejoramiento de los niveles de vida de la población en su conjunto. Al contrario, se torna evidente ese "sedimento social" llamado marginación -rural o urbana- y soslayarlo es políticamente inaceptable, en cuanto a la economía significa retraso o estancamiento y éticamente resulta reprobable.

### **Concepto de marginalidad**

La cuestión de la marginalidad y la pobreza se encuentra íntimamente ligada, sin embargo es importante diferenciar su significado.

Conceptualmente, la marginalidad se concibe como un fenómeno político-social determinado por factores económicos. En cambio, la pobreza se refiere a los aspectos económicos que se condicionan básicamente por el ingreso per cápita y la distribución del producto interno bruto de una nación. En la medida en que los "marginados" se encuentran a un lado de los beneficios del desarrollo, se comprende que este grupo de población está situado en la pobreza más crítica.

De esta manera, la marginalidad en términos generales se ha clasificado en tres formas: la geográfica, la cultural y la psicosocial. Desde luego, no se trata de formas puras de marginación. Se presentan siempre mezcladas entre sí.

Los aspectos geográficos de no integración de estos grupos se refieren a aquellas regiones en las que una de ellas se desarrolla a mayor velocidad que la otra, y esta última podría convertirse en una "colonia interna" de la primera, que le proporcionaría fuerza de trabajo y materias primas. Desde el punto de vista cultural, la marginación se refiere a las normas seculares que no se difunden con igual intensidad en los diversos grupos sociales. Por su

2. PNUD "¿Se puede superar la pobreza? Realidad y perspectiva en América Latina" Naciones Unidas. Santiago de Chile, 1980.

parte, los aspectos psicosociales se encuentran relacionados con los individuos que poseen distintas orientaciones de su acción en lo económico-social (tradicional o familiar) y en lo político.<sup>3</sup>

El hecho fundamental que genera la marginalidad podría referirse al carácter, asincrónico o desigual, con el que estos grupos acceden a una sociedad moderna. Desde este punto de vista los grupos son marginales cuando se encuentran en una situación de retraso, exclusión y en algunos casos en deterioro creciente como consecuencia directa o indirecta del desarrollo de otras áreas.

Cuando nos referimos a la participación de los grupos, entendemos el ejercicio o desempeño de su papel en los diferentes aspectos de la vida nacional, en las distintas áreas institucionales (economía, sociedad, política), de acuerdo con las diferentes posiciones culturalmente descritas.

### **Caracterización de la marginalidad**

A la descripción de las formas de marginación cabe agregar las características más claramente manifiestas del fenómeno.

Los marginados, desde el punto de vista económico, se caracterizan por ser familias que aunque gastaran la totalidad de sus ingresos en sus necesidades básicas de alimentación, salud, educación y vivienda, no lograrían satisfacerlas; en otras palabras, se da un marcado y profundo desequilibrio entre ingreso y satisfactores básicos.

En una investigación del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo),<sup>4</sup> desde el punto de vista económico se estima que en América Latina el costo adicional para cubrir los déficit existentes en la satisfacción de necesidades básicas de estos grupos, fluctúa entre 3.5 y 5.5% del producto bruto de la región.

3. Gino Germani. *El concepto de marginalidad*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.

4. PNUD, *op. cit.*



En este mismo estudio se manifiesta que la pobreza y la marginalidad afectan en mayor proporción a los hogares rurales que a los urbanos, aseveración cuestionable si se considera la diferencia entre el hábitat del campo y la violencia de un entorno ajeno como es el urbano.

Así, encontramos que la insatisfacción de las necesidades básicas se localiza en los grupos con las siguientes características:

a) **Marginados urbanos**

Desposeídos de medios de producción y con capacidad de trabajo no calificada, que no han encontrado empleo permanente en las ramas más productivas de la economía, desempleados, subempleados o asalariados eventuales urbanos.

b) **Marginales rurales**

Son los grupos constituidos por jornaleros sin tierra que solamente encuentran empleo durante una parte del año; propietarios de minifundios de productividad casi nula; campesinos e indígenas de zonas de temporal, que trabajan con técnicas tradicionales y a quienes buena parte de su ingreso les es arrebatado por intermediarios, agiotistas y caciques, y artesanos depauperados por la competencia industrial.

Probablemente en el régimen alimentario resultan más evidentes las consecuencias de la marginalidad. La dieta del marginado carece de los elementos nutritivos básicos, inclusive calorías, por lo que los individuos se deben adaptar tanto fisiológica como socialmente, reduciendo su actividad y permaneciendo en un límite muy precario de sobrevivencia. El consumo energético por persona y por día varía entre 1 500 y 2 100 calorías, dependiendo de la región y sobre todo de la época del año. Este nivel de consumo es inferior a los requerimientos mínimos de la población, que podría situarse entre 2 200 y 2 300 calorías, tomando en

cuenta la gran cantidad de niños y el peso, la talla y actividad tan reducida de los adultos.<sup>5</sup>

Los niños de madres mal alimentadas nacen con bajo peso, inferior a los 2.5 kg o sea un kilo menos que los niños de familias bien nutridas en el medio urbano. La alimentación suplementaria para los niños del medio rural es inadecuada. Al comenzarles a salir los dientes, les dan tortillas, atole o caldo, que desafortunadamente proporcionan más contaminación que nutrimentos. La consecuencia es que el niño entra en una etapa caracterizada por una gran interacción de la desnutrición y las enfermedades infecciosas. La insuficiente alimentación los debilita y los hace presa de bacterias y gérmenes, y esta interacción de la desnutrición y la infección es causa de alta mortalidad; igualmente grave es que los sobrevivientes quedan lesionados en su desarrollo físico, mental y social. Los niños nacen en un medio ecológico propicio a la desnutrición y la infección, y por lo tanto, no pueden desarrollar todas sus capacidades humanas. No logran el crecimiento óptimo determinado por sus genes ni reciben los estímulos ambientales adecuados para su desarrollo mental y social.

### **Situación de los marginados en América Latina**

En América Latina la marginación urbana o rural es un fenómeno recurrente.

Una cuestión constante en el problema de la marginalidad ha sido su ubicación en el contexto del funcionamiento de las estructuras internas de los diferentes países de la región.

En términos generales, su relación con el proceso de industrialización podría sustentarse en el fenómeno de marginalidad rural/urbana, que responde a una situación de depauperación de zonas con agricultura de subsistencia, con creciente presión sobre la tierra, producto de una elevada tasa de crecimiento de la población, en el contexto de una distribución muy desigual de

5. Adolfo Chávez. "Salud, seguridad social y nutrición". *México hoy*, Siglo XXI, México, 1984, p. 227.

los recursos agrícolas (tierra, agua, crédito, etc.), cuando no de franca carencia de los mismos.

Otros factores importantes que motivan el fenómeno son la introducción de riego y tecnologías más avanzadas, las comunicaciones y los transportes, y otros que modifican las características de la división del trabajo y que desplazan la mano de obra a las ciudades, para subsistir en condiciones precarias; por otro lado, permiten que grandes contingentes de esta población permanezcan en el campo en estado de marginalidad. Sin embargo, no es posible obviar los condicionantes externos que afectan nuestras economías. El problema y su solución no deben reducirse al aspecto cuantitativo de la transferencia de recursos; posiblemente los aspectos cualitativos con frecuencia serían los más difíciles de captar y de encontrarles soluciones adecuadas.

### **EL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA MARGINALIDAD**

En los últimos años, los gobiernos latinoamericanos y diversos organismos internacionales han manifestado su preocupación por el problema de la pobreza y la marginalidad. Los primeros han expresado su decisión de combatirlo en sus respectivos países, y ello se ha reflejado en mandatos que obligan a los organismos internacionales a adoptar medidas en el mismo sentido. Tal es el caso del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, desde el inicio de sus funciones en 1963, ha venido cumpliendo la responsabilidad que su Estatuto le asigna de actualizar y capacitar en diversos campos de la seguridad social a quienes trabajan al servicio de estas instituciones en el continente americano.

Cursos, maestrías, conferencias, seminarios, mesas redondas, investigaciones y prácticas de campo, han tenido lugar año con año en su propia sede y aun fuera de ella, hasta alcanzar en 1983 la cifra de 2 000 eventos educativos a los que asistieron alrededor de 5 000 participantes de 38 países miembros de la Conferen-

cia Interamericana de Seguridad Social. Sólo en este año y como consecuencia de la descentralización del CIESS, mediante la realización de cursos fuera de sede en tres regiones de América Latina: Costa Rica, para Centroamérica, Santa Lucía, para el Caribe, y Perú, para América del Sur, recibirán capacitación cerca de 1 000 personas.

Fue precisamente en ese año de 1983, durante las Jornadas sobre Capacitación en la Seguridad Social celebradas en México con motivo del XX Aniversario del CIESS, cuando, ante la difícil situación económica por la que atraviesa América Latina y que necesariamente se deja sentir en la seguridad social, se hizo patente la necesidad de buscar mecanismos tendientes a sortear la crisis para salvar la capacitación.

Puesto que el proceso de actualizar y capacitar personal debe entenderse a título de inversión redituable a corto y largo plazos, el papel que juega en el esfuerzo global de optimizar los recursos disponibles reviste la mayor importancia. Por tanto, el CIESS, organismo oficialmente encargado de las tareas educativas en el ámbito de la seguridad social latinoamericana, habría de adaptar su estructura y funcionamiento a la nueva situación imperante.

El licenciado Ricardo García Sáinz, en su calidad de presidente del CIESS, propuso un nuevo esquema operativo que permitiera disminuir el efecto de la crisis económica sobre la capacitación, en términos de máxima calidad de la docencia, aprovechamiento óptimo y racionalización de instalaciones y recursos con incremento de la eficiencia de los procedimientos técnicos y administrativos. Para lograr lo anterior, sometió a consideración de los países miembros, que el CIESS "con base en la jerarquización y prioridades de las necesidades reales de las instituciones", quedara estructurado por cinco divisiones correspondientes a otras áreas funcionales que son: 1) Medicina social; 2) Actuaría y planeación financiera; 3) Estudios de administración; 4) Salud en el trabajo, y 5) Insumos, obras y patrimonio inmobiliario. Esta propuesta fue aprobada por los asistentes a las jornadas de julio de 1983 en México, y ratificada por los miembros del Comité Permanente en su XXVII Reunión que tuvo lugar en septiembre de

ese mismo año en Panamá, así como por la Junta Directiva que sesionó en Cali, Colombia, en febrero de este año.

En consecuencia, la iniciativa de reestructurar al CIESS se puso en obra de inmediato marcándose los lineamientos de un amplio plan de trabajo que, iniciado en el presente año, comprende los siguientes rubros: eventos docentes en su sede y fuera de ella, proyectos de investigación, actividades de comunicación e información y asistencia técnica.

Dentro del plan general de operaciones, cada una de las divisiones mencionadas se hace cargo por entero de formular su propio marco conceptual, sus propósitos y objetivos, resueltos finalmente en programas, y asume la responsabilidad de realizarlos con la máxima eficiencia. De esta manera, el CIESS ha mejorado sensiblemente su rendimiento tanto en términos cuantitativos como cualitativos: de 470 personas capacitadas el año pasado, como se asentó antes, este año la cifra se extiende a cerca de 1 000, duplicándose el número de países involucrados en este proceso.

La preocupación por los problemas de salud en las áreas rurales ya se había manifestado en el CIESS desde varios años atrás, consecuentemente con la Resolución CISS Núm. 85 sobre la "Protección a la población rural", aprobada en la XI Asamblea General de la CISS, que se celebró en la Ciudad de México en septiembre de 1977.

Entre los considerandos de la resolución mencionada cabe transcribir lo pertinente al tema que nos ocupa:

"Que la preocupación de extender las prestaciones de los sistemas de seguridad social a las áreas rurales en el Continente, se ha manifestado reiteradamente en el transcurso de los últimos cuatro decenios.

"Que la protección de la salud de la población de las áreas rurales, por ser una prestación primordial, es con la que se inicia la extensión de las prestaciones al medio rural."

Basada en estos conceptos, la Asamblea hizo varias recomendaciones —7 en total— de las cuales las dos últimas se encuentran dentro del área de responsabilidad del CIESS. Se habla en ellas de “lograr el óptimo desarrollo de los recursos existentes...” y se añade que “los recursos para la salud deberán incrementarse en la medida necesaria a fin de avanzar en el logro de una de las aspiraciones de nuestro Continente: la generalización de la seguridad social con especial énfasis en las poblaciones rurales”.

Los recursos para la salud a que genéricamente alude la recomendación comprenden, a no dudarlo, los recursos humanos que son los más valiosos y dignos de atención. Y precisamente el incremento de la eficiencia de tales recursos en el medio rural constituye uno de los objetivos centrales del CIESS. Para cumplirlo, empezó por organizar en su propia sede, en febrero de 1977 y con el apoyo de la OEA, un seminario sobre “Protección social a la población rural”.

Los problemas existentes en el continente americano en torno al tema propuesto fueron analizados por representantes de siete países (Cuba, República Dominicana, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y Uruguay) que apuntaron soluciones y formularon recomendaciones sobre el particular.

Quedaron así señaladas las directrices que el CIESS habría de seguir para capacitar personal de instituciones de seguridad social, destinadas al medio rural mediante la impartición de cursos anuales interamericanos.

Así, en el CIESS se han impartido los cursos: “Protección social a la población rural” (1981 y 1982), “Modalidades de extensión de los programas de salud en la seguridad social y su coordinación con los programas de desarrollo” (1983) y finalmente “Modalidades de atención a la salud en el medio rural” (1984).

Estos cursos se han impartido con regularidad en beneficio de 114 asistentes de catorce países latinoamericanos: Bolivia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay. Con duración de

cinco semanas, su plan de estudios incluye: información acerca del ámbito rural latinoamericano, una revisión general de los elementos que integran el proceso administrativo, prácticas de campo y el análisis de algunos de los modelos y programas de protección social que se aplican al medio rural.

Por lo que se refiere al aspecto informático, y dado que el medio rural tiene rasgos propios que lo distinguen de otros ambientes, se abordan temas relativos a la ecología, economía, cultura y organización de las sociedades campesinas. Con sentido realista, el análisis integral de las condiciones imperantes en el medio rural se toma como punto de referencia para planear los servicios de salud y su repercusión en el bienestar social de la comunidad. De esta manera se capacita a los alumnos para que puedan reconocer y ponderar, tanto las necesidades de salud de la población, como el conjunto de factores que en ellas influyen y sobre los cuales es posible aplicar medidas correctivas.

En lo tocante a las ciencias de la administración, los cursos incluyen una unidad didáctica respecto a los principios generales del proceso administrativo y las modalidades que revisten en las zonas rurales, conforme a programas susceptibles de aplicación y evaluación.

Particular énfasis hemos puesto en los esfuerzos encaminados a lograr que el personal de salud adopte una actitud abierta a la muy importante participación de la comunidad, sin cuyo auxilio cualquier programa que se emprenda estará condenado fatalmente al fracaso. Quienes tienen experiencia en programas de salud rural, saben de sobra que obtener la cooperación franca y decidida de los habitantes de esas zonas implica confrontar con delicadeza distintos patrones culturales, vencer tenaces resistencias y tejer, en fin, la urdimbre compleja de las relaciones humanas que es condición indispensable del buen éxito. Por ello, nos empeñamos en inducir cambios sustanciales de actitud con el fin de lograr que el personal de salud y seguridad social, sujeto de capacitación, vea fortalecida su voluntad de servicio y se muestre respetuoso frente a las ideas e iniciativas emanadas de la comunidad, incidiendo tanto en el falso espejismo de tecnologías com-

plejas, caras y socialmente irredituables como única solución a los problemas de la salud, como es la sobrevalorización profesional de la medicina de primer nivel en detrimento de la atención primaria de la salud, o bien, la sobreexaltación de la medicina curativa respecto de la preventiva. Lavar un piso o inducir prácticas para el consumo de agua potable resulta más sencillo, más barato y mucho más efectivo que cualquier medicamento o droga.

Estos objetivos se alcanzan, en buena medida, gracias a las prácticas de campo sistemáticamente incluidas en nuestros cursos, cuyos programas finalmente hacen referencia a varios modelos de atención a la salud que se aplican en el medio rural latinoamericano. En primer término, el programa IMSS-COPLAMAR, sólidamente estructurado y ampliamente difundido por todo el territorio nacional, y de menor alcance, los programas correspondientes a los Estados de México y Sinaloa. Asimismo, el modelo cubano de atención a la salud rural a través de policlínicas es analizado comparativamente con esos modelos regionales.

Al considerar enfoques distintos del problema y propiciar el libre intercambio de ideas entre los asistentes a los cursos, se brinda la oportunidad de seleccionar el esquema más apropiado a cada situación particular.

Si bien estos modelos de atención a la salud rural difieren en sus rasgos estratégicos, tanto la doctrina que los sustenta como sus propósitos son esencialmente los mismos. Empiezan por reconocer las ingentes necesidades sanitarias, económicas y sociales de las poblaciones rurales, claro reflejo del lamentable rezago en que se encuentran respecto de la población urbana. Aceptan, enseña, que esta situación de desigualdad repercute perjudicialmente en la escala nacional, tanto más en los países de América Latina cuya economía reposa, en buena parte, sobre los productos de la tierra, básicos como son en todos los países por avanzado que sea su grado de desarrollo.

A las consideraciones anteriores se añade el punto de vista, en la actualidad por todos compartido, de que la salud y el bienestar social van de la mano como elementos inseparables. Aún más, la



salud y la seguridad social son condiciones de desarrollo e integración social y organización comunitaria, esto es, instrumentos de transformación social.

## CONCLUSIONES

La insuficiente información confiable y objetiva es un indicador de la falta de conciencia, que en general subsiste todavía acerca del problema de la marginalidad y sus efectos económicos, políticos, sociales y culturales. En este sentido los organismos internacionales pueden y deben realizar acciones más efectivas, resueltas y atrevidas de difusión de ideas, experiencias y políticas emanadas de los distintos países miembros sobre este particular. Reuniones internacionales como la presente, estudios y trabajos conjuntos y la consecuente edición y publicación de sus resultados, son esfuerzos fundamentales en el sentido apuntado y, consecuentemente, merecen multiplicarse en otros foros y regiones.

La AISS, como organismo mundial de la seguridad social, constituye una institución idónea tanto para la difusión de experiencias en el terreno de la seguridad social y rural, como en el entrelazamiento o cruzamiento de soluciones de los distintos países que la experiencia haya sancionado como efectivas. Nos permitimos, por lo tanto, solicitar respetuosamente al organismo la posibilidad de incluir la temática aquí tratada, abarcando las conclusiones y recomendaciones que se obtengan de esta Mesa Redonda y en la agenda de su Asamblea General, a celebrarse en Canadá en 1986. Otro tanto sugerimos al CPISS para su próxima asamblea. En caso de ser aceptada esta propuesta, el CIESS ofrece sumarse a un grupo de estudios ad hoc que prepare el documento respectivo para la reunión de la AISS en Canadá.

La capacitación en los programas de extensión de la seguridad social al campo constituye un requisito indispensable en el logro de este propósito. En tal sentido el CIESS pone a disposición de las instituciones miembros interesadas la información referente a sus cursos y seminarios sobre "Modalidades de atención a la salud en el medio rural". Al mismo tiempo solicita respetuosamente la información relativa a otros modelos que se estén

implantando en otros países, a efecto de enriquecer sus propios planteamientos y programas.

Desde el punto de vista conceptual o doctrinario, es indispensable llevar a cabo un replanteamiento a fondo de los puntos de vista tradicionales, que de alguna manera limitan o inhiben la extensión de la seguridad social, ya sea porque hacen depender esta última de la contribución o cotización del grupo beneficiado, es decir, de una relación formal de trabajo, o bien, porque no alcanzan a superar la idea de que la seguridad social es consecuencia o resultado de la organización social, y no a la inversa. En otras palabras, la seguridad social entendida como solidaridad social, puede ser causa o instrumento de transformación social y por ende de una mejor organización comunitaria. Partiendo de esta nueva premisa conceptual, debemos concluir que es posible proporcionar protección social a grupos sin capacidad económica contributiva. Para ello, no sólo se requieren recursos provenientes de otras fuentes sino, sobre todo, esquemas adecuados de organización, combinación y movilización de recursos de diverso tipo. Consecuentemente, no sólo es un problema de falta de recursos sino, sobre todo, de una diferente e imaginativa articulación de éstos en la búsqueda de un modelo que, como requerimientos mínimos, debe tener y exige sencillez, bajo costo, simplicidad y máxima extensión horizontal. Los costos elevados, la complejidad y verticalidad son términos opuestos a dicho esquema.

Por otra parte, si bien es cierto que esta reunión desde el planteamiento de sus objetivos se concentró en el problema de la marginalidad rural, no puede soslayarse la cuestión de que en algunos países quizá sea incluso más dramática y violenta desde el punto de vista social que *la marginalidad urbana*. Concretamente, a título de ejemplo, y por lo que al continente americano se refiere, pensamos en las denominadas "villas miseria" en Argentina, las "callampas" en Chile, las "favelas" de Brasil, los "tugurios" de Perú y El Salvador, las "barriadas" de Venezuela o las "ciudades perdidas" y los "cinturones de miseria" de México. En este sentido deseamos proponer a las instituciones miembros y a otras organizaciones presentes, la realización de un evento similar a éste, dirigido a analizar el problema de la seguridad social

144

de los grupos marginados urbanos y las modalidades de su extensión y cobertura, con anticipación a la XXII Asamblea General de la AISS que tendrá verificativo en 1986.

**EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL  
A LA SALUD DEL PROGRAMA DE  
SOLIDARIDAD  
SOCIAL POR COOPERACION  
COMUNITARIA  
IMSS-COPLAMAR**



INSTITUTO  
COMUNITARIO  
DE INVESTIGACIONES

Integrantes de las delegaciones de México, EUA y Honduras.

COORDINACION GENERAL  
DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD  
SOCIAL  
POR COOPERACION COMUNITARIA



## INTRODUCCION

Es evidente que el desarrollo de los servicios de solidaridad social que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social a la población rural marginada se ha ido enriqueciendo en forma y contenido a lo largo de los últimos diez años, gracias a la experiencia surgida de la misma operación y al papel preponderante que estos servicios han desempeñado como instrumento de la política social de un régimen profundamente comprometido con el logro de una sociedad más justa y, por lo tanto, más igualitaria.

El Programa de Solidaridad Social surgió como parte del vigoroso desarrollo de la seguridad social mexicana, su organización y procedimientos en mucho conservan analogías con los instituidos para la operación del régimen obligatorio del Seguro Social. No obstante estas analogías, la concepción filosófica de la solidaridad social — siempre vigente, adicionada con nuevas estrategias y nuevas concepciones relacionadas con la atención integral de la salud más que con la simple limitación del daño — ha reorientado sustancialmente el modelo de atención que se pretende aplicar, modelo que trasciende la medicina asistencial con un enfoque preventivo integral que, partiendo de un diagnóstico de salud comunitaria, identifica los problemas, sus causas y las soluciones, aglutinándolos en un plan de salud del cual se desprende un programa de actividades.

En todo el proceso antes descrito se involucra a la comunidad no tanto en función de un ordenamiento legal, sino como parte sustancial de la estrategia para lograr que la población asuma su propia responsabilidad en el cuidado de la salud mediante el desarrollo de actividades sencillas pero no menos importantes en el mejoramiento de la salud individual y colectiva.

A estos cambios conceptuales y de estrategias habría que adicionar los contenidos en la nueva Ley General de Salud que ofrece un marco jurídico ineludible para los efectos aplicativos del programa.



Por todo lo anterior, la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR ha considerado necesario emitir este documento, cuya principal finalidad es la de dar a conocer las bases jurídicas y conceptuales en que se sustenta su modelo de atención integral a la salud, así como también describir los aspectos sustanciales que hacen aplicable dicho modelo en el entorno del proceso de descentralización a que se encuentran sujetos los servicios de solidaridad social que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Programa IMSS-COPLAMAR, y el cual fue complementado con diversas exposiciones técnico-administrativas durante el desarrollo de los trabajos realizados en la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales.

## ANTECEDENTES

El Congreso Constituyente de 1917 fue muy visionario al incluir en nuestra Carta Magna las garantías sociales, en particular las disposiciones contenidas en el artículo 123, cuya fracción XXIX se transcribe a la letra: "Se considera de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular". Posteriormente, ya consolidada la Revolución, al mismo tiempo que se realizaban reformas económicas fundamentales, se promulgó el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social, por la que se creó la institución destinada a proteger al trabajador asalariado y a su familia contra los riesgos de la existencia mediante aportaciones de los trabajadores, los patrones y el Estado.

Desde su inicio, la seguridad social en México enfrentó la dificultad de extender sus beneficios al total de la población, especialmente a los campesinos que, por su incapacidad económica, no pueden participar en un sistema de derechos y obligaciones como el que caracteriza al Seguro Social. En 1954, la organización económica del medio rural permitió incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores asalariados del campo, ejidatarios y propietarios, de sociedades locales de crédito ejidal o agrícola de algunos Estados del norte de la República. Se amplió la cobertura mediante las disposiciones legales del 31 de diciembre de 1959 y del 8 de agosto de 1960; posteriormente, en diciembre de 1963, se incorporaron los productores de caña y sus trabajadores, y en 1972 los ejidatarios dedicados al cultivo del henequén.

Al iniciarse la década de los años setenta se hace más claro que el crecimiento económico del país está generando un desarrollo desigual que es necesario modular. Además de otros métodos de política social, se aprueba la nueva Ley del Seguro Social, misma que establece como finalidad de la institución "garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

La nueva ley marcó las bases jurídicas de la solidaridad social como expresión de la universalización de la atención médica sin condicionar la prestación de servicios a una cuota en efectivo; con esta modalidad se incorporaron a la institución grupos de población que aun cuando contribuían al desarrollo del país, permanecían al margen de sus beneficios. Con ello se enriqueció la filosofía de la seguridad social y se orientó hacia la realidad social y económica del país al traducir en política y servicios sus postulados filosóficos. La Ley del Seguro Social de 1973 a que nos estamos refiriendo amplió la esfera redistributiva del Seguro Social, al sentar las bases para el sistema de solidaridad social, colectivamente organizado, que protege la salud de grupos no asalariados y empobrecidos, consecuencia de un modelo de desarrollo desigual.

En 1974, al extenderse la atención médica, se construyeron y operaron 7 hospitales en la región ixtlera, y se utilizaban 310 inmuebles construidos por CONASUPO (Compañía Nacional de Subsistencias Populares) para funcionar como unidades de atención médica de primer nivel (dentro de graneros ubicados estratégicamente en el país para beneficiar a grupos importantes de población).

A finales de 1976 ya se otorgaban servicios de primero y segundo niveles en 310 clínicas y 30 hospitales, distribuidos en varios Estados de la República, para atender a una población rural de 3 millones 800 mil habitantes.

Conforme a la Ley, este Programa —denominado de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria— se sustenta hasta la fecha con aportaciones del propio Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondientes al 40% del costo de operación, y con un 60% aportado por el gobierno federal.

Con el Programa se empezó a satisfacer la cobertura de esta población no contribuyente, siguiendo para ello el espíritu de las recomendaciones de los ministros de Salud de la región americana dadas a conocer en su III Reunión Especial verificada en 1972, en la que establecieron como objetivo principal de sus ac-

ciones la extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población aún no atendida; cinco años más tarde, en su IV Reunión Especial realizada en 1977, ratificaron este objetivo y reconocieron a la atención primaria de la salud como la estrategia básica para alcanzar la cobertura total.

En 1978 se formuló la declaración de Alma-Ata sobre atención primaria, y dos años más tarde el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana concretó un plan de acción al acuerdo que los gobiernos del hemisferio tomaron para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000".

En el Plan Global de Desarrollo de México 1980-1982 se establece para con la población marginada "un compromiso ineludible: lograr su incorporación al desarrollo del país y dotarla de un nivel apropiado de atención en alimentación, salud, vivienda y educación".

Al contemplarse en la estrategia global de desarrollo la creación de condiciones para superar el estado de marginación de una parte sustancial de la sociedad y la protección de su salud, se validó y vigorizó el concepto de solidaridad social que la doctrina mexicana de la seguridad social había iniciado veinte años antes.

En mayo de 1979, en un acto de justicia social para disminuir las diferencias entre los grupos sociales, proteger a la población rural e integrarla al proceso de desarrollo, se firmó un convenio entre la federación y el Instituto Mexicano del Seguro Social para dar atención médica a más de 10 millones de habitantes de zonas rurales marginadas. El financiamiento de la inversión y la operación de este Programa, basado en la misma filosofía y normas del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, ahora denominado IMSS-COPLAMAR, es aportado íntegramente por el gobierno federal con fondos fiscales.

Las bases para asignar al Instituto Mexicano del Seguro Social esta responsabilidad se sustentan en su experiencia de cuarenta años, en la eficiencia demostrada en la atención a la población productiva asegurada y en los cinco años de llevar a cabo el

Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, apoyado en forma especial en la infraestructura administrativa y técnica del propio Instituto.

El Instituto Mexicano del Seguro Social construyó, en el término de tres años (1979-1981), 2 715 Unidades Médicas Rurales y 30 Hospitales Rurales que se sumaron a las 310 Unidades Médicas Rurales y 30 Hospitales Rurales "S" que ya operaban desde 1975, sumando un total de 3 025 Unidades Médicas Rurales y 60 Hospitales para atender a 18 millones de habitantes.

El gobierno federal, a través de un organismo especial (COPLAMAR), se comprometió a promover la realización de trabajos comunitarios con el apoyo de dependencias federales y estatales en materia de programación, aportación de materiales, financiamiento, etc., y celebrar convenios para la prestación de servicios a las comunidades y acreditar ante el IMSS la participación de la población en obras de saneamiento ambiental y beneficio comunal mediante la realización de jornadas de trabajo o acciones tendientes a mejorar la salud como una contraprestación aportada por los núcleos familiares para recibir atención en las unidades médicas.

El 20 de abril de 1983 el Ejecutivo Federal emite un decreto mediante el cual, al desaparecer COPLAMAR, el Instituto asume totalmente la responsabilidad del Programa, lo que implica organizar la participación comunitaria con fundamento en la Ley del Seguro Social, es decir, como contraprestación por los servicios recibidos, dando especial atención a las actividades que en forma directa influyen sobre el estado de salud de la población y sobre el mejoramiento del medio familiar y comunitario.

El 30 de mayo de 1983 se da a conocer el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988; en él se asienta como propósito mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, para lo cual la reorganización y modernización de los servicios contempla el autocuidado de la salud y la promoción de condiciones que mejoren el nivel individual y comunitario mediante acciones educativas y sanitarias.

En concordancia con la política de modernización de la Administración Pública, el 8 de marzo de 1984 se decreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta; en tal descentralización destaca la creación de instrumentos de concertación social, como el Comité de Operación IMSS-COPLAMAR en el nivel nacional, y los Consejos Estatales de Vigilancia y municipales de salud, que con las atribuciones de los gobiernos de los Estados, coordinan, vigilan y apoyan el Programa de descentralización, cuidando la calidad de los servicios y propiciando la ampliación de su cobertura.

A partir del primero de julio de 1984 entra en vigor la Ley General de Salud, base jurídica en que se sustenta el modelo de atención integral que persigue el Programa IMSS-COPLAMAR.

## **BASES JURIDICAS**

El modelo de atención integral a la salud que propone el Programa IMSS-COPLAMAR encuentra su marco jurídico en la propia Ley del Seguro Social que en su capítulo dedicado a la solidaridad social identifica el postulado filosófico de trascender la limitada protección de los seguros sociales clásicos para extender los beneficios que genera el desarrollo de la seguridad social a los grupos menos favorecidos por el desarrollo desigual y que no tienen capacidad contributiva para costear su aseguramiento.

Esta acción solidaria, planteada en 1973, alcanza el rango de derecho constitucional con la promulgación por el H. Congreso de la Unión de la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos de la última reforma al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Muchos y variados son los propósitos de esta nueva ley que surte efectos a partir del primero de julio de 1984; mas en términos de sustentar el modelo de atención, se pueden destacar los siguientes aspectos:

1. Se concibe la atención dentro de un sistema nacional de salud (artículo 5o.)
2. Los objetivos más relevantes de este sistema (artículo 6o.) son:
  - a) Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
  - b) Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
  - c) Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.
  - d) Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
  - e) Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
3. La Ley General de Salud define asimismo, para efectos del derecho a la protección de la salud, los servicios básicos (artículo 27), la mayoría de los cuales han sido ofrecidos por el Programa IMSS-COPLAMAR con excepción de aquellos que han tenido poca significación debido a la patología predominante y los problemas específicos que inciden en la atención a la población rural marginada.

Entre éstos podemos señalar la asistencia social, que corresponde a otra institución del sector; la salud mental, no identificada como prioritaria ante la prevalencia abrumadora de otros padecimientos, y la rehabilitación, que por su nivel de especialización, costo y dificultad operativa en el medio

rural, no constituye una acción importante dentro de IMSS-COPLAMAR. En cambio, los servicios básicos que define la ley, donde se encuadra con claridad el modelo de atención, son:

- a) La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
  - b) La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
  - c) La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyéndolo las urgencias (con la salvedad expuesta anteriormente).
  - d) La atención materno-infantil.
  - e) La planificación familiar.
  - f) La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.
  - g) La promoción del mejoramiento de la nutrición.
  - h) La disponibilidad de medicamentos y otros recursos esenciales para la salud.
4. El modelo de atención integral a la salud que propugna IMSS-COPLAMAR considera primordial la participación de la comunidad en forma consciente y comprometida con la solución de sus problemas de salud; si bien es cierto que el concepto de solidaridad social expresado en la Ley del Seguro Social establece la participación de los beneficiados por estos servicios, la nueva Ley General de Salud aclara en su artículo 58 cómo podrá participar la población en los servicios de salud. Por lo anterior, se considera importante trans-



cribir las siete acciones básicas señaladas en la Ley que atañen a la participación de la comunidad.

- a) Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes.
  - b) Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados en la salud.
  - c) Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.
  - d) Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas.
  - e) Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud.
  - f) Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud.
  - g) Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.
5. En relación con el modelo de atención integral de IMSS-COPLAMAR, cabe por último señalar que en sus artículos 35 y 36 la Ley General de Salud establece los criterios de gratuidad o de cuotas de recuperación, según sea el caso, en relación con los servicios a población abierta.

El artículo 35 de la referida ley establece que: “son servicios públicos a la población en general los que se presten en estable-

cimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”

Por su parte, el artículo 36 de la misma ley señala que: “para la determinación de las cuotas de recuperación se tomarán en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario”. Las cuotas “se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”.

Lo anterior implica que la ubicación del programa en zonas eminentemente marginadas o de menos desarrollo económico y social tácitamente lo exime del cobro de cuotas de recuperación. Por otra parte, estando los servicios de solidaridad social vinculados íntimamente en el desarrollo de la seguridad social, se espera que los sujetos con capacidad contributiva reciban, no el tratamiento de solidaridad, sino la protección, aunque sea limitada, de los distintos esquemas de aseguramiento acordes con su capacidad contributiva.

Aún más, el modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-COPLAMAR propone que la comunidad asuma su responsabilidad respecto a los problemas de salud, por lo que al aportar cuotas de recuperación podría crearse un sentimiento entre la población al quedar eximida de dicha responsabilidad.

## **BASES CONCEPTUALES**

El desarrollo de la seguridad social en nuestro país se caracteriza por una constante adecuación de los postulados filosóficos a la realidad pragmática de éstos. Así, en la búsqueda de una protección efectiva a los grupos mayoritarios campesinos se encontró la fórmula técnica y financiera para llevarles un mínimo de protección a pesar de su nula capacidad contributiva, me-

diante el mecanismo de una solidaridad social colectivamente organizada, en que la seguridad social juega un papel primordial como instrumento de redistribución del ingreso nacional.

Sin duda alguna este concepto de solidaridad social es un antecedente directo de las reformas al artículo 4o. constitucional, que establecen el derecho a la salud, y de la Ley General de Salud que reglamenta la práctica de este derecho.

De igual forma, en el plano internacional se analizan los problemas afines y las soluciones puestas en práctica en distintos países para su adopción generalizada, en función de las características particulares de cada país.

En materia de atención a la salud, en el último decenio la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, han suscrito el compromiso de adoptar la estrategia de la Atención Primaria a la Salud para alcanzar ésta en el año 2000. Este compromiso, suscrito en Alma-Ata en 1978, propone la consideración de un concepto sustentado en principios generales adaptables a las condiciones de cada país, pero de observancia universal.

Una definición sería la que establece que: "La atención primaria de la salud es fundamentalmente asistencia a la salud puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad".

De acuerdo con lo anterior, es posible afirmar que la atención primaria trae implícita una estrategia, es decir, una forma de actuar en el otorgamiento de servicios para la salud que además pretende transformar las modalidades tradicionales de operación de los servicios.

En este sentido, cabe decir que el Programa IMSS-COPLAMAR hace suya la estrategia de la atención primaria a la salud, pues

satisface la forma más adecuada de encarar los problemas respectivos y solucionarlos con la participación de la comunidad y a un costo que el país puede soportar.

Desde el punto de vista conceptual de la atención primaria es posible reconocer dos influencias determinantes: una, la motivación política que impriman los gobiernos de las naciones y su determinación para impulsar procesos equilibrados de desarrollo social y económico que, consecuentemente, se orienten a tomar la decisión de llevar servicios de salud a los grupos menos protegidos de la población. En México, es clara la intención del gobierno federal de suscribir esta estrategia, pues el Programa IMSS-COPLAMAR es parte sustancial de ella.

La segunda influencia determinante en este proceso es la reorientación técnica en materia de atención a la salud, la cual surge del análisis de las causas reales de la enfermedad y la muerte, de la relevancia de los factores derivados del medio y del comportamiento individual y colectivo como determinantes de la salud, en comparación con las acciones que en forma tradicional se han venido efectuando en los sistemas de salud estructurados conforme a modelos anteriores. Es decir, la nueva estrategia consiste en ubicar la protección a la salud de la población como un objetivo, por lo que es necesario incidir en los factores primarios que determinan los riesgos y no detenerse sólo en el análisis y elaboración de estrategias para las consecuencias propias de la pérdida de la salud.

Esta realidad y el imperativo de dar expresión práctica a las definiciones políticas señaladas anteriormente han llevado a la necesidad de concebir y desarrollar formas de organización de los servicios para la salud con un enfoque integral para llevar a cabo las actividades respectivas, de tal manera que su aplicación se realice en cualquier nivel y no en forma exclusiva en el primer nivel de atención de los servicios de salud institucionalizados. Esta nueva forma de proporcionar tales servicios constituye la esencia de la estrategia de atención primaria de la salud.

Dicha estrategia destaca la participación de la comunidad como definitiva, de tal modo que, en la operación, la atención primaria deberá sensibilizar y orientar las acciones que la comunidad ha realizado en forma tradicional para el cuidado de su salud, armonizándolas con las acciones propias de los programas de atención para la salud. Cabe aclarar, sin embargo, que la atención primaria no es atención de segunda clase ni está destinada sólo a comunidades rurales y grupos marginados para ser proporcionada solamente por personal empírico. La atención primaria es un enfoque de atención integral a la salud. Es una atención de buena calidad en la cual intervienen grupos profesionales, técnicos, auxiliares y miembros de la comunidad, de acuerdo con las circunstancias, los niveles de responsabilidad del personal y las características propias de cada comunidad, urbana o rural.

Considerada como expresión de la verdadera atención integral de la salud, la atención primaria tiene aplicación y validez en todo programa de servicios de salud sin importar cuál sea la institución que la proporcione; es decir, no está sujeta a la aplicación de la actividad de una determinada institución del sector salud.

La estrategia de atención primaria hace hincapié en el diagnóstico de salud y el diseño de actividades en función de este diagnóstico, y dentro de este enfoque considera prioritario el desarrollo del primer nivel de atención, el que además — para garantizar un acceso equitativo de la población — debe apoyarse convenientemente con los otros niveles de atención mediante relaciones previamente definidas. Al aplicar la estrategia, cada país, según su realidad política, social y económica y acorde con la composición institucional de sus servicios de salud, decidirá sobre las opciones políticas, financieras y administrativas que más convengan para el desarrollo de los conceptos básicos y los enfoques estratégicos complementarios de la atención primaria.

Por ejemplo: en el caso del Programa IMSS-COPLAMAR, la participación de la comunidad se da no mediante aportaciones económicas para sufragar el costo del servicio, sino con su participación para realizar obras de beneficio colectivo enfocadas al mejora-

miento del medio y la vivienda. Esto se da con una tecnología apropiada a las condiciones culturales, económicas y ecológicas de la comunidad. De la misma manera, la orientación nutricional, la planificación familiar y el saneamiento del medio, adquieren relevancia en función de los riesgos para la salud y la patología derivada de los factores condicionantes.

Hasta aquí la conceptualización básica de esta estrategia en la que se encuadra el modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-COPLAMAR, el cual se describe a continuación y en cuyos elementos componentes se advierte, por un lado, la congruencia con los propósitos y la filosofía de la solidaridad social y de la nueva Ley General de Salud; y por otro, su adecuación a los marcos institucionales de la estrategia de la atención primaria a la salud como mecanismo válido para lograr una verdadera acción integral.

## **SISTEMA FINANCIERO**

### **Programa de Solidaridad Social del IMSS**

Como ya se mencionó, los servicios de solidaridad social son financiados por la federación, por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por los propios beneficiados, siendo la aportación de estos últimos la realización de trabajos personales de beneficio colectivo para las comunidades en que habitan y que propicien alcanzar el nivel de desarrollo necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de la Ley del Seguro Social.

La aportación del Instituto Mexicano del Seguro Social está sujeta a la decisión tomada por la Asamblea General, que en reunión anual y con vista en las aportaciones del gobierno federal determina el volumen de los recursos propios que el Instituto puede destinar a la realización del Programa. Dichas aportaciones representan el 40% del ejercicio total del Programa, correspondiendo el 60% restante a la aportación del gobierno federal.

### **Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR**

El Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado IMSS-COPLAMAR se encuentra sujeto a las bases de financiamiento que establece el convenio celebrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y la extinta Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR).

Dicho convenio observa en su cláusula novena lo siguiente: “Para la realización de este programa se gestionará conjuntamente que los costos de inversión y el de operación sean cubiertos por el gobierno federal. El IMSS se obliga a administrar y contabilizar separada y pormenorizadamente los fondos que le sean entregados para efectos de inversión y gasto corriente relativos al Programa del Ejecutivo Federal a que se refiere este Convenio, con independencia total del manejo y operación normales”.

El mismo convenio establece en la cláusula quinta que “Para efectos administrativos y de prestación de los servicios el IMSS incorporará, a la brevedad posible, a este Programa, las 310 Unidades Médicas Rurales y las 30 Clínicas Hospital de Campo que existen a la fecha”, o sea: las de solidaridad social IMSS, de tal suerte que el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria contempla dos modalidades en cuanto a su financiamiento.

En la operación integrada de las dos modalidades, el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, apoyándose en la estructura orgánica y la experiencia operativa del Instituto, se ha unido a los lineamientos establecidos en el sistema contable presupuestal, adecuando, en su caso, aquellos que no concuerdan con la operatividad del propio Programa.

Cuenta, por lo tanto, con un instructivo específico de presupuestación, el cual marca los lineamientos para la estimación anual.

tanto de las metas como de los costos de operación de cada zona específica así como de cada inmueble.

La elaboración de dicho presupuesto está a cargo de cada área o inmueble en particular, mismo que es complementado y validado por el nivel central de acuerdo con la estimación de índices inflacionarios y la política de cálculo de las partidas presupuestales de gasto mínimo (relativas a personal), así como con el techo financiero estipulado anualmente por la Secretaría de Programación y Presupuesto.

Una vez integrado, el presupuesto se somete a la consideración del Comité de Operación, quien lo envía posteriormente, para ser aprobado a los Consejos Estatales de Vigilancia de IMSS-COPLAMAR, mismos que lo remiten a los gobiernos de los Estados. Los Comités Estatales de Planeación para el Desarrollo (COPLADES) tienen, entre otras funciones, la de formular y proponer a los Ejecutivos Federal y Estatal programas de inversión, gasto y financiamiento para la entidad, a fin de enriquecer los criterios conforme a los cuales definen sus respectivos presupuestos de egresos.

Esto completa una primera etapa presupuestal, que es la designación de los montos para el Programa; la segunda etapa que vendría a cerrar el ciclo la forma el control presupuestal.

Para que éste se lleve a cabo, se efectúa una serie de acciones que se describen en el capítulo VIII (El sistema de información), cuyo producto se documenta a través del análisis de variaciones, y el cual retroalimenta tanto al nivel operativo como al nivel central del Programa, correspondiendo al primero adoptar las medidas necesarias a fin de subsanar las variaciones encontradas, y al segundo, la doble labor de vigilar, por una parte, que el nivel operativo en el ámbito de su competencia lleve a cabo las medidas ya descritas, y por otra, justificar ante la Secretaría de Programación y Presupuesto las variaciones que muestre el ejercicio real con relación a los montos autorizados.

Esta dinámica permite mantener una constante interrelación, lo cual facilita la toma de decisiones en los diferentes niveles del Programa.



## Costos

El costo promedio de operación de cada Unidad Médica Rural, para 1984, se calcula en 2 millones 562 mil pesos, mismos que se encuentran conformados por 2 millones 73 mil pesos de gastos directos, y por 489 mil pesos de gastos indirectos.

El costo promedio de operación de un Hospital Rural "S", para 1984, se calcula en 115 millones 114 mil pesos, mismos que se encuentran conformados por 105 millones 391 mil pesos de gastos directos, y por 9 millones 723 mil pesos de gastos indirectos.

Cabe señalar que gastos directos son aquellos que se erogan por la propia Unidad, y dentro de los indirectos destacan los relativos a la supervisión delegacional y a la asesoría y apoyo del nivel central específico del Programa.

El costo promedio anual por sujeto de solidaridad social, en razón de la población potencialmente amparada, asciende a 986.00 pesos, el cual incluye acciones de medicina asistencial, de medicina preventiva y las relativas a la acción comunitaria para protección a la salud.

Cabe aclarar que los costos mencionados no incluyen el monto de los apoyos administrativos, logísticos, de capacitación, de procesamiento electrónico de la información, de control y de otros órdenes que el Instituto Mexicano del Seguro Social le brinda al programa con cargo a su operación rutinaria, y que, por lo tanto, repercuten sensiblemente en su operación a un costo que el país puede soportar.

## EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD

Para responder a las necesidades de la población rural, y con objeto de actuar sobre las causas que condicionan la enfermedad y la muerte, se diseñó —con base en la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, en recomendaciones internacionales y en las características de la realidad social de México— un programa de atención a la salud destinado a:

- Enfrentar las causas de la pérdida de la salud, así como sus consecuencias.
- Proporcionar atención médica integral, disponible, adecuada, continua y que sea aceptada por la comunidad con un costo factible para el país.
- Disponer de mecanismos de información y evaluación permanentes a nivel de zona, de Delegación y nacional que permitan apoyar su impacto en la salud de la población.
- Promover la participación activa, deliberada y sostenida de la comunidad para que en el futuro ésta asuma su responsabilidad en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

#### a) Atención médica

La atención médica integral que sustenta el Programa la entendemos como una actividad continua e integrada de promoción, protección, curación y rehabilitación dirigida no sólo al individuo, sino muy especialmente al grupo familiar y a la comunidad.

Para prestar esta atención médica se estableció un sistema piramidal con dos niveles de atención firmemente entrelazados, y un tercero apoyado en los hospitales regionales o estatales de la SSA. Los dos primeros se otorgan en las Unidades Médicas Rurales y en los Hospitales Rurales "S" propios del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

El primer nivel de atención mantiene una acción permanente de prevención por medio de educación para la salud, la que se considera prioritaria; se realizan acciones contra los padecimientos trasmisibles vulnerables por vacunación, contra infecciones de las vías respiratorias altas, gastrointestinales, parasitarias intestinales, paludismo y otras, según las condiciones locales. Se proporciona asimismo atención prenatal, incluida la planificación familiar, así como la prevención del tétanos. Intencionadamente se busca a individuos con padecimientos crónicos —trasmisibles o no—, como tuberculosis, desnutrición, diabetes, fiebre

reumática y enfermedades venéreas. Se realizan acciones de orientación nutricional, odontología preventiva y saneamiento de la vivienda y del medio. La asistencia médica se otorga con base en la demanda y existe un cuadro básico de medicamentos, reducido y adecuado a la patología predominante en el medio rural.

Las acciones en este nivel tienen como punto de partida el diagnóstico de salud de la comunidad, realizado por el equipo de salud y la comunidad a través del Comité de Salud (órgano representativo de la comunidad que coordina su participación y actúa como enlace con el personal médico). Mediante éste se identifican los principales problemas de salud y sus causas, y se programan las acciones para enfrentarlos a través de un plan de salud que se evalúa permanentemente ante las autoridades locales; tanto el diagnóstico como el Plan se actualizan anualmente.

Su evaluación permanente y periódica obliga a la constante revisión de estrategias, universos y metas para que la planeación sea cada vez más apegada a la realidad y se haga en los niveles donde deben tomarse las decisiones, con base en la problemática y en los recursos reales existentes.

Este primer nivel de atención médica se proporciona en las Unidades Médicas Rurales, y cada una de ellas satisface las necesidades de aproximadamente 5 000 habitantes ubicados en 10 ó 12 localidades generalmente dispersas.

La localidad donde se establece la Unidad Médica Rural por lo general es el centro de concentración de servicios comerciales, educativos, religiosos, etc., y cuenta con una población entre 500 y no mayor de 2 500 habitantes.

Las Unidades Médicas Rurales están integradas por un equipo de salud constituido por un pasante de medicina en servicio social o un médico ya recibido, que es contratado a tiempo determinado cuando no ha sido posible conseguir un becario de medicina. Se cuenta además con dos auxiliares de área médica previamente.

adiestradas que hablan el idioma autóctono, cuando se trata de áreas de población indígena.

Como apoyo a las actividades de este equipo de salud, existe un Comité de Salud en cada localidad de acción intensiva (tres localidades como mínimo del área de influencia de cada Unidad, más la localidad sede) y otros elementos, como las parteras empíricas y los médicos tradicionales.

El Comité de Salud está integrado por cuatro miembros, apoyados por asistentes rurales de salud y por promotores sociales voluntarios, cuya participación analizaremos posteriormente.

Los recursos físicos con que cuenta este tipo de unidades son:

Una sala de espera, un consultorio (al cual se encuentra integrado el archivo clínico y la farmacia), un área de expulsión y curaciones y una más de observación con dos camas de tránsito y la habitación para el médico, todo esto construido en una superficie de 60 metros cuadrados.

Las Unidades Médicas Rurales son completas y funcionales para las necesidades que deben satisfacer; la población contribuyó a su construcción y colabora en su vigilancia y mantenimiento de primer nivel.

Como apoyo para la operación de este primer nivel de atención se cuenta con:

- 18 manuales de la Colección IMSS-COPLAMAR, elaborados y actualizados con el apoyo de las diferentes jefaturas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Rotafolios de información y Evaluación de Unidades Médicas Rurales.
- Un manual de Normas Básicas de Conservación.
- Cinco Cursos de Actualización para el personal descrito; estos cursos también son revisados y ejecutados con el apoyo de las diferentes jefaturas de nivel central y delegacional en forma periódica.

El segundo nivel de atención apoya la resolución de los problemas de salud mediante la atención de urgencias, consulta externa en las especialidades básicas de la medicina, servicios auxiliares de diagnóstico y hospitalización de los pacientes con problemas médicos, quirúrgicos y obstétricos que requieren de atención especializada.

Este segundo nivel, representado por los Hospitales Rurales "S", constituye el centro de una zona de atención médica en donde se conjugan recursos científicos, técnicos, físicos y materiales que apoyan a un promedio de 40 Unidades Médicas Rurales que conforman el primer nivel de atención, amparando aproximadamente a 200 000 personas en su conjunto. Es conveniente hacer notar que en este tipo de unidades se cuenta con población adscrita en forma directa para atención de primer nivel, atención que es proporcionada por médicos egresados de la residencia de medicina familiar. Los Hospitales Rurales "S" son centros de capacitación y actualización del personal institucional y voluntario de las Unidades Médicas Rurales; se encuentran ubicados generalmente en localidades con una población no menor de 5 000 y no mayor de 10 000 habitantes, intercomunicadas y con servicios municipales.

Este tipo de unidades posee un mayor número de recursos y tecnología más desarrollada; cuenta con 4 ó 7 consultorios de medicina familiar y consulta externa de las especialidades de ginecobstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna, servicio de medicina preventiva, un consultorio de odontología, servicio de urgencias, farmacia, archivo clínico, trabajo social, laboratorio de análisis clínicos, servicio de radiodiagnóstico, de 20 a 70 camas para adultos y menores, una sala de cunas e incubadora; sala de expulsión, quirófano, central de equipos y esterilización y servicios complementarios. Asimismo cuenta con una área administrativa para el cuerpo de gobierno y recientemente se han adicionado locales para los Centros de Orientación Nutricional.

En los Hospitales Rurales "S" el personal del cuerpo de gobierno está constituido por un médico cirujano que funge como direc-

tor de la Unidad, una jefa de enfermeras, un administrador y un ingeniero residente encargado de la conservación.

El personal de base por contratación permanente lo constituyen el personal auxiliar de administración, auxiliar de Servicios Generales, oficiales y técnicos de Conservación y auxiliares de área médica. El resto del personal lo componen: residentes de tercer año de las especialidades básicas y técnicos en anestesiología, médicos egresados de la residencia de medicina familiar en su año de campo, pasantes en servicio social de las disciplinas de medicina, odontología, enfermería, trabajo social y químico-farmacobiólogo.

Los Hospitales Rurales "S" prestan atención médica de alta calidad, pues cuentan con especialistas calificados y constituyen un motivo de orgullo y reconocimiento tanto nacional como internacional para el Programa.

Los recursos técnicos de apoyo para el funcionamiento de este segundo nivel de atención son:

- 11 manuales de Procedimientos de Administración y Archivos Clínicos, 4 manuales de Procedimientos de Enfermería, 1 Manual de Organización de Hospital Rural, 1 Manual de Odontología, 1 Manual de Trabajo Social, 1 Manual de Medicina Preventiva, 1 Documento Básico de Trabajo de Hospitales Rurales "S", Guía Diagnóstico-terapéutica, Cuadro Básico de Medicamentos y el Rotafolios de Información y Evaluación; todos ellos están en revisión y actualización permanente con la participación de las diferentes jefaturas del Instituto Mexicano del Seguro Social en el nivel central. Actualmente se encuentra en elaboración una serie de manuales que complementarán el apoyo técnico del Hospital Rural "S"

Se cuenta con 18 cursos para capacitación inicial y actualización permanente del personal de base, confianza y becario de estas unidades. La revisión y desarrollo de estos cursos se realiza con la participación de las diferentes jefaturas del

Instituto Mexicano del Seguro Social, tanto del nivel central como delegacional.

La participación de personal becario de diferentes disciplinas en el Programa constituye un acierto técnico y financiero. Acierto técnico porque permite la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo; acierto financiero porque disminuye los costos de operación y ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionales que en fecha cercana se integrarán al trabajo de la institución; además, asegura la presencia de personal médico calificado en las zonas rurales.

#### **b) Acción comunitaria**

Analizaremos primeramente la concepción que el Programa tiene de esta participación; en seguida, nos referimos a los niveles en que ésta se da, a los procedimientos y órganos que la facilitan, al personal que la promueve y a la capacitación que éste recibe.

Inicialmente la participación comunitaria constituye el aporte que los beneficiarios del Programa retribuyen a cambio de los servicios recibidos; las comunidades donan terrenos para ubicar las unidades médicas, ofrecen mano de obra gratuita para la ejecución de obras de beneficio colectivo y realizan acciones para mejorar la salud y prevenir enfermedades. COPLAMAR, órgano de la Federación, era la organización oficial encargada de propiciar y controlar dicha aportación. En 1983, por Decreto Presidencial, desapareció COPLAMAR y el Programa asumió la responsabilidad de coordinar la participación comunitaria, con el planteamiento básico de que es indispensable el estudio, el reconocimiento y el respeto por las acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud. Desde 1982 se realiza un programa de interrelación con la medicina tradicional, experiencia que ha permitido el acercamiento con los médicos tradicionales, una mejor comprensión de las nosologías de dicha medicina y, en consecuencia, una posibilidad más cercana de contribuir al mejoramiento de la salud de la población de las comunidades rurales. Así, se han realizado seminarios con

curanderos, hierberos, hueseros, etc., además del establecimiento del censo de médicos tradicionales y parteras empíricas en todo el país (13 094 en 1983).

Con la experiencia ganada en la ejecución del Programa, a partir de 1983 el trabajo comunitario parte de la base de que las acciones para mejorar la salud requieren del concurso de otras dependencias y sectores, y de que las acciones sostenidas que promuevan el diálogo, la reflexión, el análisis permanente, la práctica cotidiana en la solución de los problemas de salud y el aprendizaje de nuevas formas de pensar y actuar colectivamente contribuirán al proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, y a una modificación paulatina de sus actitudes.

La participación de la comunidad se da en diferentes niveles de la organización. En el nivel estatal, con los Consejos Estatales de Vigilancia, integrados por representantes del gobierno local, de las dependencias del gobierno federal involucradas en el Programa, de las organizaciones campesinas e indígenas y de los grupos voluntarios que contribuyen a solucionar problemas operativos, a fomentar el adecuado uso de los servicios y a promover la participación de la población beneficiada. Este modelo se repite en el nivel local, donde está representado el municipio, las organizaciones locales, los profesores, etc. y los grupos voluntarios.

La forma como se concreta la participación de la población beneficiada es el "Comité de Salud", electo anualmente en asamblea general y constituido por un presidente y vocales de saneamiento, salud y nutrición, los que trabajan en estrecha relación con el personal médico de las unidades de campo y representan los intereses de la población. Existe un Comité de Salud en la localidad sede de las unidades médicas y por lo menos en cada una de las localidades de acción intensiva.

El Comité y el personal médico establecen relación con los grupos locales, las parteras empíricas y los médicos tradicionales, y coordinan las actividades de los promotores sociales voluntarios



locales. Estos son principalmente mujeres (42 000 en 1983) que se capacitan en la práctica y que participan en actividades que van desde la obtención de información para el diagnóstico de salud hasta su colaboración en comisiones de trabajo y asambleas, en el análisis y jerarquización de los problemas colectivos y en las tomas de decisión de los compromisos y acciones que deben generarse para enfrentarlos.

Especial relevancia adquiere su participación en la realización de actividades educativas, la identificación de niños desnutridos, la orientación para completar esquemas de vacunación, la detección de embarazos de alto riesgo, la realización de acciones de planificación familiar, la detección de tosedores crónicos, la reconquista de pacientes remisos y la promoción de acciones básicas de saneamiento relativas a la obtención de agua potable, la eliminación de excreta, el control de la basura y de la fauna nociva, el mejoramiento de la vivienda, el cultivo de huertos familiares y la cría de especies menores. Para estas labores existe un documento de apoyo llamado "Catálogo de actividades".

Un voluntario orienta a 10 familias y promueve el autocuidado de su salud y el de su propia familia; en la medida en que el proceso educativo se consolide, estas familias se convertirán progresivamente en promotoras de salud de otras familias.

Las actividades globales se deciden en asamblea general, en la que la población se compromete a cumplir estas metas y evaluar sus resultados. Para decidir las actividades anuales que se realizarán, la comunidad se apoya, como ya se mencionó, en el diagnóstico de salud y en el plan de salud elaborado conjuntamente con el equipo de salud de las unidades médicas de campo, y toma decisiones con base en los recursos disponibles y en las posibilidades concretas de realización. En reuniones periódicas se valoran los resultados de trabajo conjunto, a fin de lograr las metas establecidas. El compromiso de trabajar en beneficio colectivo se debe traducir primero en el compromiso individual y familiar de cuidar la propia salud, la higiene personal y el saneamiento de la vivienda, la atención del embarazo, la alimentación de la familia, especialmente de los menores de un año y los prescolares

a través de Centros de Orientación Nutricional instalados en los hospitales y en algunas comunidades de acción intensiva.

Actualmente existen cerca de 11 000 Comités de Salud en las comunidades sede de las Unidades Médicas Rurales y de los Hospitales Rurales "S" y en las localidades de acción intensiva.

Se han diseñado formas para captar información permanente de las actividades que se realizan y mecanismos sencillos para apreciar los avances y corregir los errores, especialmente a través de la tarjeta censal y de control familiar, y de la libreta de actividades comunitarias.

El médico, las auxiliares de área médica y el asistente rural de salud, equipo que se integró a partir de 1984, constituyen el recurso humano y técnico más valioso del Programa, ya que en ellos descansa la posibilidad de interesar y movilizar a la población en la búsqueda colectiva de soluciones para sus problemas.

Para los médicos, éste es en la gran mayoría de los casos su primer contacto con el medio rural, lo que implica separación de su familia y de las comodidades de las ciudades; pese a que generalmente no han sido preparados para comprender y hacer frente a la problemática rural de salud, muchos médicos llegan con interés, intuición y cariño por sus compatriotas; otros, pocos por fortuna, lamentablemente carecen de la disposición afectiva que los acercaría a los campesinos.

Para subsanar esta situación, se da un curso de inducción al puesto, se les familiariza con las normas y procedimientos de trabajo y se les asesora constantemente para que apliquen el modelo de atención médica del Programa con eficiencia.

Abundan los ejemplos de trabajo sostenido, continuo y de extraordinario esfuerzo del personal médico y de la comunidad para mejorar sus condiciones de salud.

Las auxiliares de área médica, personal originario del lugar y permanente en los servicios, son clave para el éxito del Programa.

Hablan el idioma local, entienden los problemas de su gente y son una demostración viva de un proceso sostenido de cambio. Al igual que al Comité de Salud, al asistente rural de salud y a las voluntarias se les capacita en la práctica; para ello existen modelos educativos que se adecuan localmente.

Actualmente se trabaja por alcanzar comunidades más dispersas y pequeñas, para lo cual se capacita a técnicos rurales de salud que pueden, además de promover la salud, aplicar biológicos, prestar primeros auxilios y atender algunos padecimientos comunes y de baja complejidad, y derivar los casos que requieren de atención médica. Este personal, apoyado en la infraestructura y la experiencia acumulada, contribuirá en la ampliación de la cobertura de los servicios y en la consolidación de los logros alcanzados.

En síntesis, el modelo de atención a la salud del Programa Nacional de Solidaridad Social cumple con el ideal formulado en la reunión internacional de Alma-Ata, como se desprende de las razones siguientes:

- Da prioridad al primer nivel de atención.
- Se sustenta en un método dirigido a incidir sobre las causas que originan las enfermedades más frecuentes de una comunidad.
- Incluye procedimientos que hacen posible involucrar a la población en el cuidado y vigilancia de su salud.
- Considera los recursos de la medicina tradicional.
- Promueve la coordinación interinstitucional y el aprovechamiento óptimo de los recursos.
- Es congruente con la situación económica del país.
- Aún más: al hacer realidad la prestación integral del servicio médico, articulando la medicina de primer contacto con la hospitalaria, el Programa Nacional de Solidaridad Social enriquece el esquema de atención primaria propuesto en esa reunión.

## **LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA PARA LA APLICACION DEL MODELO**

La Ley del Seguro Social promulgada el 19 de enero de 1943 formaliza la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, a cuyo cargo está la organización y administración del Seguro Social, considerando a éste como el instrumento básico de la seguridad social.

La administración del Programa se apoya en el hecho de que el Instituto cuenta con una estructura administrativa suficiente en cada una de las entidades federativas, lo que le permite delegar en sus organizaciones estatales y regionales la operación del Programa, articulando a la norma institucional su desarrollo con las adecuaciones que sus características específicas precisan.

Aunada a lo anterior, se cuenta la liquidez financiera del Instituto, resultado de la captación de recursos propios, lo que permite el desarrollo de la operación del Programa sin depender en forma inmediata de los recursos que entera bimestralmente el gobierno federal.

Los niveles administrativos propios del Programa son:

- a) Un nivel central normativo, dependiente de la Dirección General, el cual participa en la planeación, evaluación y adecuación de las normas institucionales en coordinación con las subdirecciones y jefaturas, además de que establece lineamientos generales de trabajo.
- b) El nivel intermedio o delegacional que se halla en las entidades federativas, y planifica, adecua, dirige, coordina, asesora y evalúa los programas; está formado por uno o más equipos de supervisión delegacional dependientes de la Jefatura de Servicios Médicos Delegacional y está integrado por un médico, una enfermera, un técnico en acción comunitaria y un administrador. Estos equipos son los responsables de supervisar la operación tanto del segundo nivel de atención como

del primero, a través del equipo de supervisión zonal de las Unidades Médicas Rurales. Mensualmente se efectúan reuniones de evaluación y coordinación presididas por el Delegado y con la asistencia de los jefes de servicios, a fin de dar los apoyos institucionales al Programa. En este nivel se cuenta además con un reducido personal que realiza trabajos administrativos a tiempo completo en las áreas de control de personal, transportes y almacenes de medicamentos.

- c) El nivel zonal, constituido por un equipo de asesoría y supervisión integrado por un médico egresado de la residencia de medicina familiar en su año de campo, un promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente encargado del manejo del vehículo y de la conservación de segundo nivel de las Unidades Médicas Rurales. La zona de supervisión está formada como promedio por 20 unidades, mismas que son visitadas mensualmente por este equipo. Los médicos encargados de las mismas se reúnen una vez al mes en la cabecera de zona con fines de capacitación, información y pago de salarios.

La operación de los tres niveles de conservación de las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales "S" se lleva a cabo en las propias Delegaciones, apoyadas en la estructura y normas de la Jefatura de los Servicios de Conservación y adecuadas éstas a las necesidades del Programa y las cuales están contenidas en la metodología de conservación.

- d) El nivel operativo lo constituyen las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales "S", cuyas características ya describimos.

Para el apoyo de los diferentes niveles antes apuntados se dispone de manuales de procedimientos descritos en el primero y segundo niveles, contándose además con instructivos de operación y con manuales de organización.

El total de personas que laboran exclusivamente en el Programa, en todos los niveles mencionados, es de 16 363 para el año de 1984.

**Plantilla y distribución de plazas autorizadas**  
(Incluye solidaridad social e IMSS-COPLAMAR)

	No. de personas	No. de plazas
1) COORDINACION CENTRAL		294
2) DELEGACION		674
2.1) Equipos multidisciplinarios	166	
2.2) Apoyo administrativo	508	
3) HOSPITALES RURALES		5 984
3.1) Cuerpo de gobierno	570	
3.2) Cuerpo médico (residentes)	787	
3.3) Becarios (pasantes)	1 033	
3.4) Personal operativo	3 594	
4) UNIDADES MEDICAS RURALES		9 411
4.1) Supervisión, asesoría y apoyo	336	
4.2) Responsable de la Unidad	3 025	
4.3) Personal auxiliar	6 050	
<b>TOTAL</b>		<b>16 363</b>

NOTA: Existen 42 000 promotoras voluntarias de nivel comunitario sin retribución económica.

## EL SISTEMA DE INFORMACION

El sistema de información responde a la estructura orgánica del Programa IMSS-COPLAMAR y tiene como propósito establecer las bases para la toma de decisiones en los diferentes niveles: operativo, zonal, delegacional y central. Por ello, se aplica una metodología específica para que el procesamiento de datos genere información veraz, oportuna y relevante.

La información así obtenida se utiliza con fines de programación, evaluación, asesoría, capacitación, supervisión e investigación, así como para la asignación de recursos humanos y materiales, entre otros.

En los Hospitales Rurales "S" y en las Unidades Médicas Rurales se captan los datos de población, de los servicios médicos otorgados, de las acciones preventivas realizadas, de planificación familiar y de acción comunitaria, así como los referentes a índices sobre morbilidad.

La información de las acciones realizadas es analizada, concentrada y validada en el nivel zonal, derivándose al equipo multidisciplinario que, con apoyo del Departamento de Integración de la Información —dependiente de la Jefatura Delegacional de Servicios Médicos—, la concentra y envía al nivel central, donde se procesan, validan y emiten los listados de control presupuestal tanto de metas como de gastos, mismos que son distribuidos dentro de este mismo nivel central como un instrumento de control, y en los niveles delegacional y operativo, como una retroalimentación de la información generada a fin de que se analice el ejercicio del presupuesto, coadyuvando así a la toma de decisiones.

Los datos obtenidos a través de la cédula de supervisión operativa en el nivel delegacional se envían al nivel central, donde se procesan y analizan, se toman las decisiones que correspondan y la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR presenta los resultados al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, a las dependencias del propio Instituto, a la

Secretaría de Programación y Presupuesto, a la H. Cámara de Diputados, a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y a todas las instituciones involucradas en el Programa IMSS-COPLAMAR, y retroinforma a las Delegaciones para la posible corrección de desviaciones.

## **EVALUACION**

La evaluación se realiza periódicamente en todos los niveles, con la finalidad de identificar el cumplimiento de metas y coberturas logradas en la población así como los aspectos relacionados con la calidad de la atención médica, la acción comunitaria y el correcto aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros.

Con este conocimiento se está en la posibilidad de adecuar o modificar las normas, técnicas y/o procedimientos de atención y reprogramación de actividades y sus costos a través de los presupuestos anuales de operación.

Un programa de atención a la salud como el que desarrolla IMSS-COPLAMAR debe ser evaluado en función de las modificaciones favorables reales y permanentes que sobre los niveles de salud esté ocasionando. Para esto, en 1981, una vez que ya se tenía en operación la infraestructura actual, se realizó el análisis de una muestra representativa de los seis millones de consultas que otorgó el Programa en ese año, de los certificados de defunción y de otros documentos que constituyen el punto de partida para conocer modificaciones en la morbilidad y la mortalidad, vinculando éstas a los efectos del Programa. Se pretende en 1986 efectuar un nuevo corte que, a los cinco años, pueda ofrecer información confiable en términos de impacto en la salud de la población rural marginada.

Entre tanto, los mecanismos de evaluación que normalmente ha incorporado el Programa van permitiendo conocer la disminución en el número y tipo de padecimientos, de causas de muerte y de condiciones ambientales, así como los aspectos socioeconómicos y culturales que inciden sobre la salud.



## LA POLITICA DE DESCENTRALIZACION

El Estado mexicano propugna por la modernización de la administración pública y el fortalecimiento de los niveles de gobierno estatal y municipal a través de una vigorosa política de descentralización. En materia de protección a la salud a población abierta (no asegurada), la actual administración del gobierno federal se ha manifestado en ordenamientos legales para su implantación.

Así, el 8 de marzo de 1984 se decretó la descentralización de los servicios de salud a población abierta, que para llevarse a cabo necesita de la creación de instrumentos de concentración social, que contribuirán a coordinar, vigilar y apoyar este programa.

El cumplimiento de este decreto exige la realización de un riguroso esfuerzo de racionalización de recursos en el campo de la salud, lo cual, también justifica la necesidad de legislar sobre ello.

La descentralización de los servicios y su integración en sistemas estatales permitirá la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los mismos, su desarrollo e instrumentación será progresivo y adecuado con el objeto de evitar deterioros en la operación, para lograr un control y evaluación del mismo que permita evitar desconfianza y temor a la población amparada.

Con esta proyección y de acuerdo con el mismo decreto se descentraliza el Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales en el marco del Convenio Unico de Desarrollo.

El convenio contiene la propuesta de los elementos básicos de la descentralización de los servicios de salud para población abierta. En cada fase de este proceso se cuidará de que no haya deterioros en la operación, debiéndose evitar duplicaciones y omisiones en el ámbito de acción, a través de un sistema de atención coordinada y eficiente.

Asimismo, el Decreto Presidencial ha establecido un Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR que constituye el ór-

gano del nivel federal, presidido por el Director General del IMSS y en el que participan diversas Secretarías de Estado representadas por algunos de los subsecretarios y delegados del más alto nivel, de organismos públicos y organizaciones campesinas e indígenas relacionadas con el Programa.

Este Comité tiene la responsabilidad de vigilar el proceso de descentralización a los Estados de los servicios de solidaridad social dentro de un proceso paulatino y ordenado que evite el deterioro de los servicios y fortalezca la consolidación de lo que se ha logrado en materia de salud para la población rural no contributiva.

El propio Decreto Presidencial contiene la decisión de hacer participar a los gobiernos de los Estados y a las autoridades municipales en la administración de los servicios médicos destinados a población abierta, en que intervienen tanto la Secretaría de Salud como el Instituto.

En relación con los servicios que proporciona el IMSS, en una primera etapa se han constituido los Consejos Estatales de Vigilancia del Programa IMSS-COPLAMAR, presididos por los gobernadores de los Estados con la inclusión de los delegados estatales del IMSS y de las Secretarías de Estado que inciden en el desarrollo de las comunidades, así como de los organismos públicos y las organizaciones campesinas e indígenas directamente involucradas en la aplicación del Programa.

## **DOCUMENTOS TECNICOS DE APOYO AL MODELO, POR CAPITULOS**

### **Antecedentes**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley del Seguro Social.
- Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata (URSS). 6-12 de septiembre, 1978. OMS/UNICEF. 1978.

- Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Documento oficial No. 179 OPS/OMS, Washington, D.C. 1982.
- Plan Global de Desarrollo. 1980 - 1982.
- Acuerdo Presidencial del 20 de abril de 1983.
- Plan Nacional de Desarrollo. 1983 - 1988.
- Decreto Presidencial del 8 de marzo de 1984.
- Ley General de Salud. 1984.

#### **Bases jurídicas**

- Ley del Seguro Social. 1973.
- Ley General de Salud. 1984.

#### **Bases conceptuales**

- Ley General de Salud. 1984.
- Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata (URSS). 6-12 de septiembre, 1978. OMS/UNICEF. 1978.

#### **El modelo de atención integral a la salud**

- Rotafolios de Información y Evaluación de Unidades Médicas Rurales.
- Manual de Normas Básicas de Conservación.
- Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional.
- Catálogo de Actividades de Acción Comunitaria.

- Tarjetas comunitarias: Censal y de Control Familiar
- Libreta de Actividades de Acción Comunitaria.

### **La estructura administrativa para la aplicación del modelo**

- Cédula de Supervisión Operativa para UMR y HR“S”.
- Metodología de Conservación IMSS.
- Guía para Supervisar las Unidades Médicas de Campo.

### **El sistema de información**

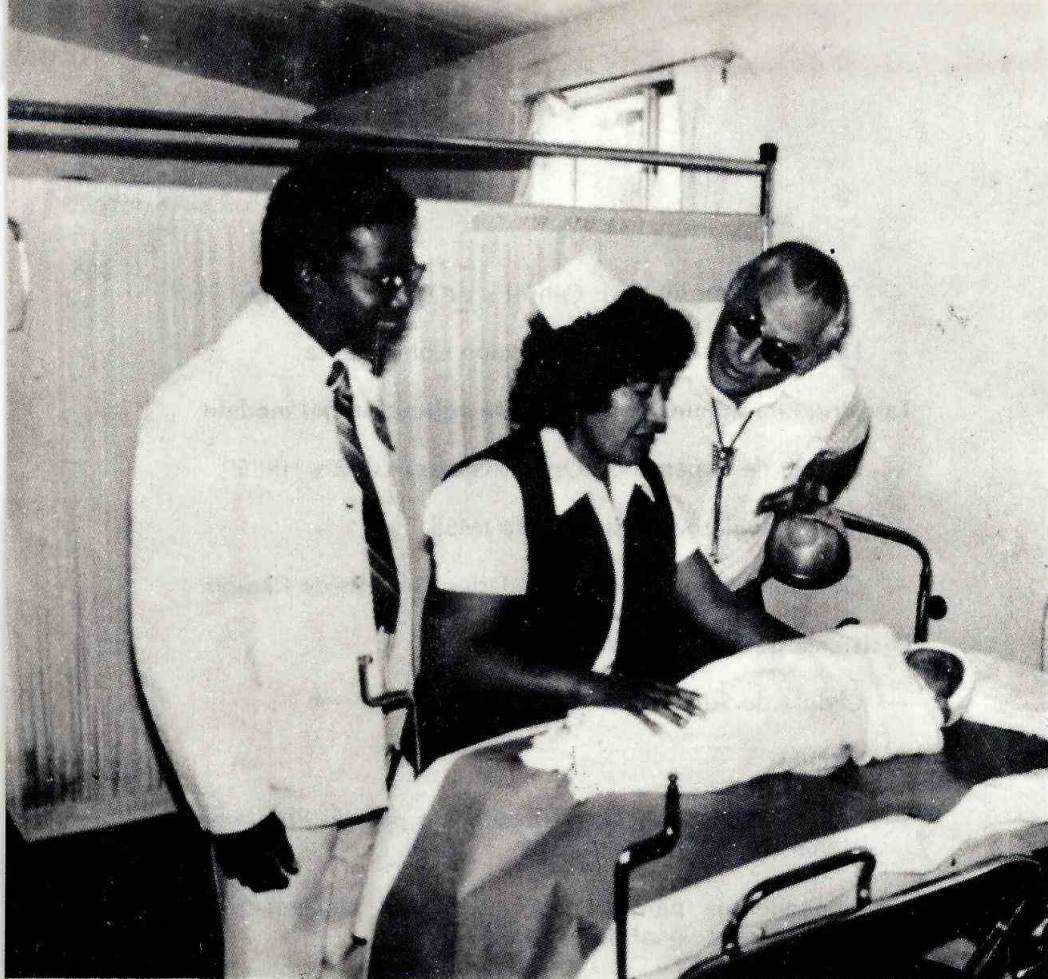
- Cédula de Supervisión Operativa.

### **Evaluación**

- Modelo de Evaluación y Planeación para el Programa Nacional de Solidaridad Social.
- Lineamientos para la Autoevaluación Delegacional del Programa Nacional de Solidaridad Social.

### **La política de descentralización**

- Decreto Presidencial del 8 de marzo de 1984.



Los delegados de Estados Unidos y de Santa Lucía, durante la visita al Hospital Rural "S" de Cuautlixco, Morelos.

**EXPERIENCIAS NACIONALES SOBRE LA  
PROTECCION SOCIAL A LOS GRUPOS  
MARGINADOS DE LAS ZONAS RURALES**



LA SITUACION DE LOS GRUPOS  
MARGINADOS EN LA SOCIEDAD  
RURAL EGIPCIA,  
REGIMENES DE ASISTENCIA  
SOCIAL Y DESARROLLO\*

R. Khalil Mancy\*\*

\* Ponencia presentada por el Ministerio de Seguro Social de Egipto.

\*\* Directora General de Relaciones Públicas y Desarrollo de Personal. Ministerio del Seguro Social,





Desde los albores de la civilización, Egipto ha conocido la seguridad social como una forma de proteger a la familia y al individuo. En el antiguo Egipto, hace cinco mil años, los egipcios tenían la costumbre de distribuir alimentos y ropa entre los necesitados; más tarde, con la aparición del cristianismo se impuso el sistema de "diezmo", luego la religión islámica instauró el sistema de asegurar los derechos de los pobres a través de la sociedad y de sus miembros ricos, y posteriormente se creó el "zakat" que es la responsabilidad del Estado en toda la nación.

Uno de los aspectos básicos que distingue a la seguridad social en Egipto como un sistema de responsabilidad social recíproca entre los miembros de la sociedad en conjunto y no solamente para los trabajadores, es el de dar cooperación para caridades obedeciendo las órdenes del Creador: "Cooperar por caridad y piedad"; esto lo hace similar al aseguramiento cooperativo, aunque es obligatorio por las siguientes razones:

1. Las organizaciones generales de Egipto son responsables de la ejecución del seguro social.
2. Las organizaciones de seguridad social y sus cajas no tienen fines lucrativos.
3. El objetivo básico de la seguridad social es ampliar la protección de su cobertura a todos los miembros de la sociedad.

Para poder estudiar la situación de los marginados de la sociedad rural egipcia, tenemos que reconocer los grupos sociales que la integran y que son principalmente:

1. Campesinos indigentes.
2. Campesinos pobres.
3. Pequeños agricultores.
4. Agricultores de clase media.

- 5 Agricultores ricos (propietarios que poseen 100 *feddans* como límite máximo, de acuerdo con las leyes del Estado, a partir de la revolución de 1952).

Este agrupamiento indica que los marginados en nuestra sociedad rural son integrados principalmente por campesinos indigentes y campesinos pobres.

### **Campesinos indigentes**

Son los que no tienen posibilidades para rentar o comprar tierra. Para vivir, el grupo de jornaleros agrícolas depende del salario que obtiene al trabajar para otros. Este grupo está constituido por el 71% de la mano de obra controlada permanente en la agricultura egipcia. Estos jornaleros se reúnen en grupos para trabajar en un lugar diferente al pueblo donde viven y se inician a los 7 años de edad. Por lo general, son habitantes del Delta o del Alto Egipto.

### **Campesinos pobres**

La mayoría de los campesinos podría englobarse en este grupo que abarca al 50% de las familias de arrendatarios (propietarios e inquilinos). Incluye a campesinos indigentes que rentan una pequeña parcela para vivir de sus ingresos y evitar así trabajar para otros básicamente como jornaleros. La situación de estos campesinos pobres no difiere mucho de la de los campesinos indigentes, debido a que la producción de su tierra no satisface las necesidades de su familia, por lo que se ven obligados a buscar un ingreso adicional trabajando para otros, y sus hijos se convierten en trabajadores migratorios desde la infancia.

Entre otros grupos marginados de la sociedad rural se encuentran los pequeños artesanos, vendedores ambulantes y trabajadores domésticos, y los que realizan servicios individuales. Este grupo representa el 33% de la sociedad rural.

A la luz de los recientes cambios efectuados en el programa de empleo se han encontrado nuevas oportunidades de trabajo para

algunas categorías de los grupos marginados. Varios de estos grupos han logrado mejorar su nivel de vida; muchos emigraron a las ciudades y ahora representan el empleo marginado en las ciudades al desempeñarse como zapateros, vendedores ambulantes y meseros en cafeterías pequeñas.

Nuestro gobierno se encarga de proporcionar atención médica y seguridad social para todos los ciudadanos. En realidad, el Estado adoptó desde 1960 el sistema de planificar el desarrollo económico y social; sin embargo, el camino aún es largo y arduo a causa de muchos factores, como por ejemplo:

1. La zona poblada de Egipto es aproximadamente un 3%, mientras que el resto está desierto en ambos lados del Nilo y del Sinaí.
2. El rápido crecimiento demográfico se eleva a una tasa del 3.3%.
3. Egipto ha combatido en cuatro campañas militares que le han sido impuestas en el lapso de un cuarto de siglo.
4. Existen dificultades para reunir los fondos necesarios para la aplicación de los planes de desarrollo.

Aquí se presenta un cuadro que indica el volumen de empleo en los grupos marginados de Egipto; la mano de obra empleada corresponde a jóvenes de 15 ó más años de edad.

### **Volumen y estructura del empleo en el sector de servicios marginales en Egipto**

<b>Tipo de actividad</b>	<b>Cifras (en millares)</b>	<b>Porcentaje</b>
Vendedores ambulantes y vendedores de periódicos		44.5 %
Cocineros y meseros.	10.5	3.1 %
		Continúa

Tipo de actividad	Cifras (en millares)	Porcentaje
Servicios personales para la familia, trabajadores en talleres de servicios, etc.	58.2	17.4 %
Lavado y planchado de ropa	9.1	2.7 %
Peinadoras, peluqueros, choferes	17.9	5.4 %
Otros servicios marginales no clasificados	16.7	5.0 %

La función de la Organización del Seguro Social y de las sociedades de bienestar social es como sigue:

#### A. Organizaciones de seguro social

El Ministerio del Seguro Social expidió la ley 112/1980 sobre el seguro global de las categorías de mano de obra empleadas en trabajo regular o estable. Este sistema cubre las siguientes categorías, entre los 18 y los 65 años de edad:

1. Trabajadores agrícolas eventuales
2. Trabajadores migratorios
3. Propietarios e inquilinos de tierra agrícola menor a 10 *feddans*
4. Propietarios de tierra agrícola (sin posesión) menor a 10 *feddans*
5. Trabajadores pesqueros
6. Trabajadores independientes en pequeña escala, como vendedores ambulantes y pequeños artesanos
7. Trabajadores domésticos y similares
8. Propietarios de barcos y medios de transporte ligeros que no emplean trabajadores

Dicho sistema cubre aproximadamente a cuatro millones de nacionales. Este esquema depende del financiamiento indirecto o de contribuciones de los asegurados (30 libras egipcias por mes), pagadas a través de una estampilla pegada en la tarjeta del asegurado y expedida por la computadora de la Organización del Seguro Social (S10) que se renueva cada tres meses. Esta cotización ofrece una pensión equivalente a 20 dólares mensuales en caso de vejez, invalidez y muerte de sus beneficiarios.

El método de financiamiento de este sistema es similar a las disposiciones de las legislaciones islámicas y presenta una personificación real de equidad entre los miembros de la sociedad.

El financiamiento de este sistema depende de modo indirecto del gravamen de algunos impuestos de personas capaces, representadas por propietarios de tierras agrícolas y jardines productivos y una parte del ingreso de las cotizaciones del sistema de seguro social para los trabajadores del gobierno y del sector público. Sin embargo, estos ingresos en conjunto no deben ser comparados con el volumen de la contribución del Banco Nacional Nasser, que asciende al 2% de las ganancias netas de las unidades económicas del sector público, que representa en realidad el "zakat" de estas unidades.

### **B. Bienestar social para los grupos marginados**

En Egipto, el Ministerio de Asuntos Sociales comparte con otros organismos políticos gubernamentales y no gubernamentales y con agencias voluntarias el fortalecimiento de la sociedad egipcia. También aspira a lograr que las personas estén satisfechas con sus recursos disponibles, a fin de capacitarlos para una vida comunal sana, iniciar sus capacidades y conducirlos a que contribuyan en los proyectos dirigidos a elevar su nivel social, económico y cultural. El Ministerio de Asuntos Sociales procura alcanzar estas metas mediante proyectos para combatir el analfabetismo, pequeñas industrias, instituciones para la rehabilitación social de artesanías familiares productivas, centros de capacitación vocacional y los diversos programas de capacitación

que utilizan las instalaciones disponibles en las comunicaciones locales.

Para tener un panorama completo de los servicios ofrecidos por el Ministerio de Asuntos Sociales a las sociedades rurales en general, tenemos que estudiar la experiencia de una de las provincias de la República Arabe de Egipto, El-Menufia, una de las más grandes, con casi tres millones de habitantes.

Hay 88 unidades sociales afiliadas al Ministerio de Asuntos Sociales, además de 558 sociedades voluntarias. Estas sociedades participan en varios proyectos de apoyo a los grupos marginados de la sociedad rural, proporcionando diferentes tipos de capacitación vocacional para satisfacer las demandas locales y externas. Ayudan a capacitar a las jóvenes en costura y artesanías hechas a mano para contribuir al ingreso familiar. Hay 318 proyectos para diferentes industrias y artesanías, cuyo objetivo es auxiliar a las familias productoras. Existen cuatro centros vocacionales, así como 194 instituciones para enseñar a las jóvenes a coser y a elaborar diferentes artesanías, y también tres oficinas para la protección de delincuentes en las áreas de defensa social, ubicadas en las ciudades principales.

### **El nuevo proyecto de desarrollo de El-Menufia**

La Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) de los Estados Unidos ofreció una subvención de dos millones de dólares para este proyecto y participó en muchos ámbitos, como en el aumento de instituciones de capacitación para jóvenes que fue de 60 a 207, de centros de capacitación vocacional que se incrementaron de 143 a 157, de los proyectos de familias productoras que ascendieron de 61 a 1 700 y, además, otros proyectos que proporcionan unidades de salud y centros de planificación familiar con medicinas y aparatos para mejorar sus servicios.

#### **Servicios médicos**

Esta provincia proporciona atención médica para sus nacionales en 10 grandes hospitales ubicados en las ciudades. La capacidad

de cada hospital varía entre 163 y 497 camas con tratamiento médico gratuito o con cuotas nominales. Existen además 101 unidades rurales de salud y una escuela de salud.

Durante el período de 1983 a 1984, a estos hospitales y unidades se les proporcionaron medicamentos por un valor aproximado de dos millones de libras egipcias.

### **Proyectos de vivienda**

Durante el plan 82/83, en los pueblos y aldeas de la provincia fueron construidas 440 unidades y tuvieron un costo cercano a los dos millones de libras egipcias. Otros dos millones están siendo invertidos en el plan 83/84 para completar el establecimiento de 370 unidades de habitación y también ocho edificios para proporcionar albergue en caso de catástrofes inesperadas.

Se iniciaron los proyectos para el desarrollo del sistema de agua y drenaje en las ciudades y los pueblos de la provincia conforme al acuerdo firmado con el gobierno sueco. El fondo reunido para la realización de este proyecto asciende a sesenta millones de dólares en un período de cuatro años.

El Ministerio de Agricultura está ampliando el proyecto del "pequeño agricultor", que se inició en tres provincias. Se asignaron 34 millones de dólares para cubrir a 4 500 agricultores y después la AID aumentó su participación en el proyecto para abarcar a 50 000 agricultores. Esta idea consiste en aceptar que ellos reciban préstamos para hacer producir su tierra, sin las garantías tradicionales sobre la misma o propiedades agrícolas. En los primeros años cubrirá a 100 000 campesinos, asignando 150 millones de libras egipcias para préstamos sin intereses durante la época de producción. El proyecto obtuvo magníficos resultados y se prevé que abarcará a 250 000 campesinos durante los próximos cuatro años.



### **El Banco Social Nasser y los servicios que ofrece a los grupos marginados**

El banco fue establecido por decreto presidencial en 1971. Actualmente cuenta con 23 sucursales en todas las capitales de provincia y su principal objetivo consiste en ampliar la base de la garantía social entre los ciudadanos.

Se hace cargo de las siguientes responsabilidades:

1. Implantar un sistema de pensión y seguro para quienes no reciben los beneficios de tales sistemas de pensión y de seguro social.
2. Aceptar depósitos, especialmente los de ahorro, y controlar su inversión, de acuerdo con las reglas islámicas, en diversos ámbitos que ayudan al desarrollo económico y social.
3. Permitir que los profesionales sean propietarios de instrumentos productivos adquiridos con facilidades y fijando las cantidades por medio de abonos sin intereses.
4. Cobrar el dinero del "zakat" (impuesto por la religión a los musulmanes, para ser gastado con propósitos científicos) y usarlo para que se amplíe el establecimiento de centros de capacitación para costura, bordado y pequeñas industrias, con el fin de convertir a los derechohabientes de Al Zakat en personas productivas para la sociedad.

El Banco Social Nasser otorga los siguientes tipos de préstamos:

1. Préstamos sociales
2. Préstamos productivos
3. Préstamos para peregrinación
4. Préstamos para estudiantes universitarios

## 5. Gastos para mujeres divorciadas

En realidad, el Banco proporciona muchos servicios sociales a los grupos marginados tanto de las áreas rurales como de las urbanas.





Integrantes del presidium escuchando las exposiciones del Programa IMSS-COPLAMAR. Preside la reunión el licenciado Gabino Fraga Mouret, secretario general del IMSS.



# LA EXTENSION DE LA PROTECCION SOCIAL A LOS GRUPOS MARGINADOS DE LAS REGIONES RURALES EN EGIPTO\*

Noshy Abbas Ramadan\*\*

- \* Ponencia presentada por la Organización del Instituto General de Seguridad y Pensiones de Egipto.
- \*\* Director de Administración Jurídica de la Organización del Instituto General de Seguridad y de Pensiones.



## LA EVOLUCION HISTORICA EN EGIPTO

La atribución de pensiones por el Estado a sus trabajadores se remonta a una época muy antigua. El primer período del régimen de seguridad social egipcio tiene más de 130 años y desde el 26 de diciembre de 1854 se han implantado diferentes leyes y legislaciones sobre las pensiones civiles de los funcionarios de Estado, empleados y obreros civiles.

Pero en relación con los empleados que no forman parte del sector gubernamental, éstos están cubiertos por la seguridad social bajo un régimen obligatorio y prestaciones que se pagan en una suma única en todo caso de invalidez o muerte, de acuerdo con la ley No. 419 del año de 1955 que entró en vigor a partir del primero de abril de 1956. En 1958 se aprobó un régimen de seguros obligatorios, prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, con la ley No. 202 del propio año de 1958, que incluía a todos estos empleados.

A partir del primero de agosto de 1959 la ley de los seguros sociales No. 92 del año 1959 substituyó a las dos leyes anteriores, la 419 del año de 1955 y la 202 de 1958, donde ya hubo una evolución de la suma única en caso de invalidez o muerte que más tarde se convirtió en pensiones. A su vez, el régimen de ahorros evolucionó y se convirtió en un régimen de pensiones de vejez a partir del primero de enero de 1962.

El 21 de marzo de 1964 se hizo la aclaración de la Ley de seguros sociales No. 63, dando así lugar a la creación del seguro de enfermedad (y progresivamente el seguro de desempleo a partir del primero de octubre de 1964). Y, el 21 de julio de 1975, la ley No. 79 substituyó las legislaciones sobre las pensiones civiles para los empleados gubernamentales y las legislaciones sobre los seguros sociales de los empleados del sector público y privado, esto último a partir del primero de septiembre de 1975.

Finalmente, esta ley sufrió una modificación esencial al implantarse la ley No. 25 del año de 1977. También se modificaron algunos artículos, a través de las leyes números 30, 32 y 44 del año de 1978, la No. 93 del año de 1980, la No. 61 del año de 1981 y, finalmente, la ley No. 47 del año de 1984.



### **Régimen de la seguridad social para las categorías de mano de obra del sector de obreros no regulares (grupos marginados de las regiones rurales)**

La meta de este régimen es la de cubrir toda la fuerza laboral en el sector de trabajadores no regulares que quedan excluidos de todos los demás regímenes de pensiones (por ejemplo los trabajadores agrícolas), así como del sector de obreros no regulares que no estén cubiertos por las leyes de pensiones y de seguridad social, promulgadas con la ley No. 112 del año de 1975.

A partir del primero de julio de 1980, la ley 112 reemplazó a la de 1975.

Esta ley presenta el régimen de seguridad en tres partes:

La primera estudia el campo de aplicación de este régimen de seguridad promulgado por el propio ordenamiento en 1980, y se aplica aproximadamente a 4.2 millones de ciudadanos entre las edades de 18 a 65 años, en las siguientes categorías:

1. Los trabajadores agrícolas temporales y las actividades relativas que incluyen a aquellos que podrían ser desplazados.
2. Los trabajadores que se dedican a la pesca y utilizan embarcaciones de velas.
3. Los propietarios de terrenos agrícolas de menos de 10 *feddans*.
4. Los propietarios de inmuebles que producen ingresos para cada uno de los miembros, inferiores a 250 libras al año.
5. Los trabajadores por cuenta propia que no ejercen su trabajo en un establecimiento determinado.
6. Los trabajadores del servicio doméstico.
7. Los poseedores de barcos de vela que no utilizan a otros trabajadores.

8. Los poseedores de medios de transporte ligero, que no utilizan a otros trabajadores.

La segunda parte se refiere a las fuentes de financiamiento del régimen de seguridad social, promulgadas por la propia ley de 1980, y se dividen en dos medios:

1. Financiamiento directo:

Se hace por medio de los asegurados, pegando timbres de un valor unificado mensualmente sobre el carnet del asegurado que le proporciona el Instituto. La cotización mensual tiene un costo de 30 piastras.

2. Financiamiento indirecto:

Exigiendo el pago de impuestos sobre las diferentes actividades o servicios que se brindan a las diversas categorías de asegurados, en la siguiente forma:

- Las sumas se aplican a la cuenta del Seguro en el Banco Nasser.
- Se da un porcentaje de las cotizaciones del régimen de seguridad social promulgado por la ley No. 79 del año de 1975 (2% de las cotizaciones anuales).
- El impuesto equivalente a una libra, que paga el asegurado, para obtener los permisos de trabajo o para renovarlos.
- Un porcentaje equivalente a la mitad de los barcos de pesca.
- Un impuesto anual pagado por el propietario de terrenos agrícolas, equivalente a 25 piastras por cada *feddan* y 50 piastras por cada *feddan* de jardín.
- Un impuesto equivalente a 10 piastras por cada unidad de medida de la cosecha.
- Todas las demás sumas que aporta el Estado.

La tercera parte corresponde a los beneficios de la seguridad. Este régimen abarca el seguro de vejez, invalidez y muerte y se obtiene la opción a la pensión y el monto de la forma siguiente:

1. Pensión mensual unificada equivalente a 10 libras, que mediante la ley No. 61 del año de 1981 se convirtió en 12 libras.

El artículo 13 de este ordenamiento se refiere a casos de muerte o invalidez total y permanente.

2. Pensión mensual unificada equivalente a 10 libras de su pensión *saddate* en caso de muerte o invalidez y en caso de llegar a la edad de 65 años, excluidas las categorías de todos los otros regímenes de pensiones.

3. Gastos funerarios en caso de muerte del asegurado y una pensión de 20 libras.

Condiciones para derechohabientes de las pensiones de vejez, invalidez y muerte:

1. La ley No. 112 del año de 1980 exige que para tener derecho a la pensión de vejez se requiere de un período de cotizaciones en el régimen, equivalente a 120 meses.

2. El régimen exige que para ser derechohabiente de la pensión de invalidez o muerte se deben pagar las cotizaciones pendientes a la fecha de la bonificación o a la fecha del mes anterior al accidente o muerte, y que el período de cotizaciones no debe ser inferior a 6 ó 3 meses.

#### **Observaciones:**

- Los derechohabientes a la pensión de muerte son la viuda y los huérfanos.
- La caja de este régimen se administra por el Instituto del Seguro Social bajo la vigilancia del Ministerio de Seguridad.

# LA ATENCION DE LA COMUNIDAD RURAL EN COREA\*

Yeon Ha-cheong\*\*

Ponencia presentada por el Instituto de Desarrollo de Corea.

Doctor en economía. Director de investigación del Instituto de Desarrollo de Corea y becario investigador del Programa Takemi en Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard.



Aunque en los últimos decenios han mejorado considerablemente las condiciones sanitarias, en Corea uno de los aspectos sociales más importantes es el otorgamiento de atención médica. Actualmente se considera que un programa nacional de seguro médico es un elemento fundamental de la política general de atención de la salud en Corea. Obviamente, no es nueva la preocupación por la salud del pueblo coreano; lo novedoso es la concientización de que la salud es una de las dimensiones más importantes del progreso nacional y de que su mejora requiere de un esfuerzo concertado en todas las áreas del desarrollo. Actualmente se adoptan políticas de desarrollo de la salud como parte de un amplio programa de desarrollo socioeconómico destinado a mejorar el bienestar general del pueblo.

El primero de julio de 1977 Corea emprendió un nuevo programa de seguro médico dirigido a mejorar la salud nacional y ampliar la seguridad social facilitando el acceso a la atención médica en los casos de enfermedad, daños, parto o muerte. Inicialmente la nueva ley estableció un programa de dos partes que incluían: 1) un plan que exigía a los patrones con 500 trabajadores o más proporcionar prestaciones específicas de seguro médico a sus empleados (clase I), y 2) un plan basado en la comunidad que proporcionaba seguro médico a todos los demás (clase II). También se disponía incluir en forma voluntaria a las compañías que emplearan menos de 500 trabajadores. Posteriormente, en julio de 1979, la exigencia de cobertura obligatoria disminuyó para incluir a las compañías con un mínimo de 100 trabajadores. El primero de julio de 1979, de acuerdo con una legislación complementaria, quedaron como sujetos de aseguramiento obligatorio los funcionarios gubernamentales, los maestros y el personal auxiliar de las escuelas privadas. A partir de enero de 1980 los dependientes de personal militar y desde julio de 1981 los pensionados y sus dependientes también están protegidos por este régimen de seguro.

El cuadro 1 muestra la distribución de la población cubierta, por programa y por categoría, durante 1982. En el cuadro 2 aparece el

número total de personas cubiertas tanto por el seguro médico como por los regímenes de asistencia médica durante los últimos cinco años, incluidas las metas de cobertura planeada para el quinto período del Plan Quinquenal de Desarrollo Socioeconómico (1982-1986).

**Cuadro 1. Personas cubiertas por el seguro médico, por programa y por categoría, Corea, 1982 (en miles)**

	Asegurados	Dependientes	Total
Población en general	3 206	4 962	8 168
Cobertura obligatoria (clase I)	2 733	4 962	7 695
Cobertura obligatoria (clase II) <sup>1</sup>	473	—	473
Ocupaciones específicas	962	2 951	3 913
Trabajadores del gobierno <sup>2</sup>	847	2 644	3 490
Maestros y personal de apoyo	115	307	423
<b>Total</b>	<b>4 169</b>	<b>7 923</b>	<b>12 081</b>

Fuente: Para las cifras de la población en general, Federación de Sociedades Coreanas de Seguro Médico.

Para las cifras de ocupaciones específicas, Corporación de Seguro Médico Coreano.

Notas:

1. Esta cifra representa el número de personas cubiertas por el Seguro Médico obligatorio para la clase II de trabajadores independientes, en seis proyectos de demostración, en julio de 1982.

2. Se incluyen dependientes de personal militar y pensionados.

Es interesante observar la rapidez con que se amplió la cobertura de la población durante un período de cinco años: de apenas 8.8% de la población total en 1977 a 30.7% en 1982. El actual quinto Plan Quinquenal de Desarrollo se ha puesto como meta para 1986 ampliar la cobertura del seguro médico a 57.0% de la población. Si se incluyen las personas con derecho a prestacio-

nes de asistencia médica no contributivas, la cobertura podría alcanzar 65.9% en 1986.

De acuerdo con la ley de 1976, el programa de seguro médico es administrado independientemente por sociedades aseguradoras creadas dentro de las compañías individuales y parques industriales (clase I) y, tratándose de trabajadores independientes y de otro tipo, por organismos administrativos de la ciudad y del campo (clase II). Recientemente se centralizó el examen de reclamaciones y su pago en la Federación de Sociedades Coreanas de Seguro Médico. La Corporación Coreana de Seguro Médico administra el cobro de primas y los reembolsos a los empleados del gobierno, a los maestros de escuelas privadas y dependientes de militares.

Además, el programa de asistencia médica no contributiva para indigentes y personas de bajos ingresos se promulgó en 1976 y entró en vigor el primero de enero de 1977. Según este programa, unos 643 mil indigentes sin recursos para pagar atención sanitaria actualmente tienen derecho a tratamiento médico financiado por el gobierno, incluidas las consultas externa o interna. En forma semejante, 3 085 000 personas de escasos recursos tienen derecho a recibir atención médica de consulta externa pagada totalmente por el gobierno, así como consulta interna, un 50% de la cual corre a cargo del gobierno. Por otra parte, el propio gobierno otorga préstamos sin interés para el pago del otro 50%. El número de personas que actualmente disfrutan de este programa llega aproximadamente a 3.7 millones (véase cuadro 2).

### **LA ATENCION DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD RURAL EN COREA**

Uno de los principales problemas que en Corea plantea una política de salud es el acceso a la atención sanitaria. Como en otros países en vías de desarrollo, obstáculos de orden económico y geográfico excluyen del sistema de atención sanitaria a muchos residentes rurales.

En pocas palabras, son completamente inadecuados los servicios de salud para la población rural; por lo tanto, se experimen-



**Cuadro 2. Cobertura de los programas de atención médica de seguridad social, Corea, 1977-1986**

Año	Población	Número (en miles)			Porcentaje de la población		
		Total	Seguro médico	Asistencia médica	Total	Seguro médico	Asistencia médica
1977	36 436	5 307	3 212	2 092	14.6	8.8	5.8
1978	37 019	5 928	3 833	2 095	16.0	10.4	5.7
1979	37 605	9 921	7 787	2 134	26.4	20.7	5.7
1980	38 124	11 000	8 857	2 143	28.8	23.2	5.6
1981	38 723	14 551	10 823	3 728	37.5	27.9	9.6
1982	39 331	15 811	12 081	3 730	40.2	30.7	9.5
1983	39 951	19 083	15 353	3 730	47.7	38.4	9.3
1984	40 578	20 019	16 289	3 730	49.3	40.1	9.2
1985	41 209	26 607	22 877	3 730	64.6	55.5	9.1
1986	41 839	27 567	23 837	3 730	65.9	57.0	8.9

Fuente: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. Quinto Plan Quinquenal de Desarrollo Socioeconómico (1982-1986) - Planeación de la Salud, 1981. 3.

tó la imperiosa necesidad de desarrollar y organizar un nuevo y más efectivo sistema de prestación de servicios de salud, lo más extenso posible, para proporcionar una adecuada atención sanitaria a la población rural. La integración de servicios preventivos y curativos con métodos efectivos de referencia que partieran de lo básico debería ser una parte fundamental del nuevo sistema. Ante la difícil situación imperante, el gobierno coreano se puso como meta fundamental revisar y fortalecer el sistema público de salud rural, de tal manera que pudiera proporcionar servicios curativos así como preventivos y promocionales por lo menos a dos tercios de los residentes rurales. Se puso énfasis especial en el siguiente concepto: la meta fundamental de este proyecto es desarrollar un nuevo sistema que proporcione mejor atención sanitaria a los coreanos. En búsqueda de esa meta el proyecto demostrativo adoptó una estrategia múltiple que se propuso los siguientes objetivos:

- a) Reorganizar el actual sistema de salud pública en el campo, incluyendo la integración de los servicios de salud curativos, preventivos y promocionales dentro del centro de salud y las instalaciones rurales de atención sanitaria, y entre sí.
- b) Mejorar el papel y las funciones de los actuales trabajadores de la salud con una sola función y, algo muy importante, crear un nuevo contingente de paramédicos clínicamente adiestrados que podrían atender las enfermedades comunes y otras formas básicas de atención sanitaria en los centros de salud a nivel inferior al creado, y de fácil acceso de las aldeas.
- c) Crear una base comunitaria para el sistema, incluyendo en cada localidad un comité local de salud y varios voluntarios que informen a sus vecinos sobre la salud, unan estrechamente a la comunidad con el sistema en su conjunto y posibiliten un nuevo proceso de *planeación hacia arriba y apoyo hacia abajo*.

- d) Usar un pago adelantado, el seguro de salud u otros métodos para probar alternativas al financiamiento de los servicios comunitarios de salud.

### **1) Un sistema global de prestación de servicios**

El Proyecto de Demostración Sanitaria se desarrolló como un intento de mejorar el sistema de prestación de servicios de salud a la población rural, siendo la principal meta del programa el incrementar la accesibilidad y el uso de las modernas instalaciones sanitarias.

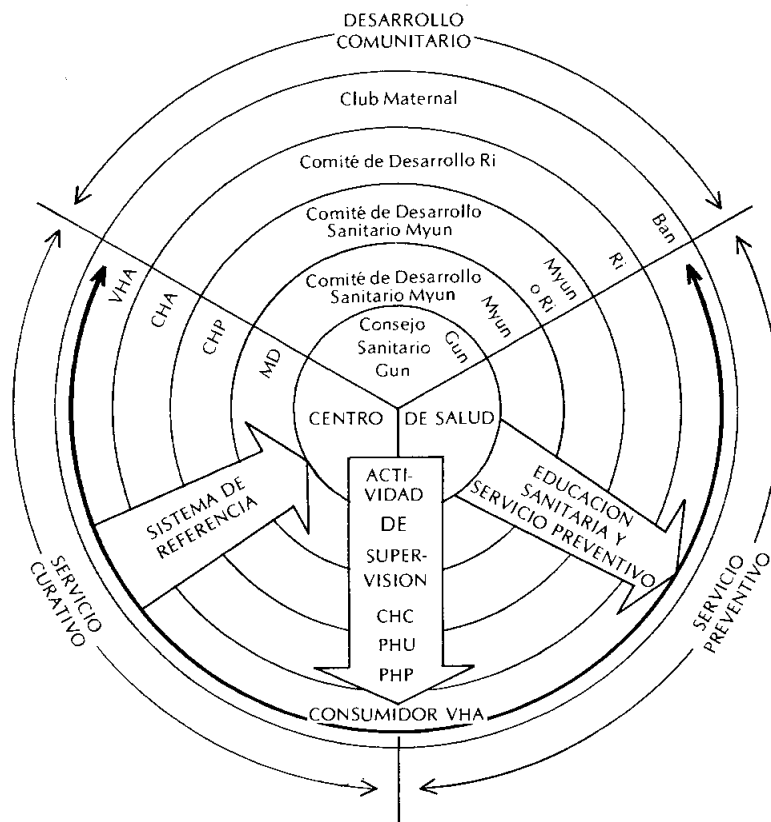
Con fines demostrativos, el gobierno trató de crear un modelo que fuera fácilmente aceptable, práctico y efectivo en la prestación global de servicios de salud a la comunidad.

Lógicamente, el sistema ha sido planeado para funcionar como un sistema global de prestación de servicios de salud:

- a) Proporcionando asesoría en atención primaria de la salud, así como atención preventiva y terapéutica a dos tercios de la población que debe ser cubierta, estableciendo más unidades de servicio como centros de salud, centros de salud comunitaria, unidades primarias de salud, puestos primarios de salud y centros de parto.
- b) Introduciendo nuevos tipos de personal sanitario como practicantes sanitarios comunitarios (CHP), auxiliares sanitarios comunitarios (trabajadores universales CHA), educadores de la salud y agentes de la salud de la aldea (VHA) para que se articule la demanda de servicios y sea de utilidad junto con otro tipo de personal sanitario, especialmente las parteras, los funcionarios de la salud y los médicos. Dividiendo la responsabilidad de la atención sanitaria entre los diferentes tipos de personal pueden llevarse a cabo eficientemente los servicios de referencia y de prevención (figura 1).

Se supuso que el proyecto podría alcanzar mejor sus objetivos a largo plazo utilizando al máximo el personal que ya estaba ads-

Figura 1. Sistema Rural de Servicios de Salud en Corea



Observación: Las abreviaturas significan:

- MD:** Médico.
- CHP:** Practicante sanitario de la comunidad (enfermera practicante).
- CHA:** Auxiliar sanitario de la comunidad (trabajador universal).
- VHA:** Agente sanitario en la aldea.
- CHC:** Centro de salud comunitaria.
- PHU:** Unidad de salud primaria.
- PHP:** Puesto de salud primaria.

crito en las áreas de demostración. Sin embargo, también se reconoció que para mejorar los servicios de salud tanto cualitativa como cuantitativamente tenía que contratarse personal sanitario adicional. En ambos casos se consideró necesario orientar y capacitar a todos los que laboraban en el sistema de servicios a nivel de atención primaria de la salud, incluso aquellos que habían recibido capacitación en otras actividades relacionadas con la salud.

En un principio, se dio prioridad al adiestramiento de los siguientes tipos de trabajadores, de tal manera que pudiesen desempeñar papeles centrales en la mejoría del sistema de prestación de servicios sanitarios en las áreas de demostración:

<b>Nuevo papel/título</b>	<b>Antiguo papel/título</b>
1. Médico de la comunidad (CP)	Médico/Médico de práctica limitada
2. Practicante sanitario comunitario	No existía
3. Auxiliar sanitario comunitario (CHA)	Auxiliar enfermera
4. Agente sanitario de aldea (VHA)	No existía

- c) Para facilitar el compromiso de la comunidad se establecieron varios comités de salud como foros de participación comunitaria en cada nivel administrativo local.

La forma en que estas disposiciones organizativas han funcionado puede evaluarse tanto desde el punto de vista del rendimiento como del grado de institucionalización.

Puede afirmarse que la eficiencia es determinada por el plan del sistema, el rendimiento del trabajador y la estructura informativa.

En lo referente al plan, el sistema se pone como meta brindar el máximo acceso sin importar la limitación de recursos. Al respec-

to, la respuesta al problema de si se llegarán a construir sistemas de tres niveles según las posibilidades financieras, será determinada por el costo y la relación entre las medidas preventivas y curativas, así como por la calidad del servicio que debe proporcionarse.

Esta discusión ha tratado de ilustrar algunos de los importantes principios y lecciones que pueden obtenerse de la experiencia del proyecto de demostración que pueden ser de valor potencial para el gobierno en el desarrollo de un sistema de atención primaria de la salud que al mismo tiempo sea asequible y de largo alcance. Algunas conclusiones importantes surgieron de la experiencia coreana sobre la implantación de la atención primaria de la salud.

En primer lugar, elaborar un sistema factible de atención primaria de la salud que sirva a la gran mayoría de las comunidades rurales necesitadas constituye una empresa más complicada, extenuante y cara de lo que generalmente se piensa. Sin embargo, debe llevarse a cabo porque sin duda es la forma más efectiva y viable, y en realidad probablemente la única manera de satisfacer las críticas y por mucho tiempo olvidadas necesidades básicas de salud de la población rural.

En segundo lugar, asegurar la participación genuina y amplia —no simplemente el interés simbólico o indiferente— de las comunidades rurales en la base del sistema es particularmente complicado, e incluso fundamental para su éxito. Invariablemente, esto requiere de un sólido apoyo y estímulo técnico o de otro tipo por parte de una infraestructura notablemente fortalecida y organizada por encima del nivel de la aldea.

En tercer lugar, para planear, construir y administrar con buenos resultados un sistema de atención primaria de la salud, es vitalmente importante considerarlo como un sistema de partes sumamente interdependientes y de mutuo apoyo, y como parte integrante del medio cultural socioeconómico. Sin importar el buen desempeño de cualquier característica innovadora particular dentro del

contexto de un proyecto de demostración, no se puede esperar que funcione igual si se separa del sistema de demostración y se trasplanta a un escenario completamente diferente. Para obtener buenos resultados, debe tenerse mucho cuidado de adaptarlo adecuadamente a todos los demás componentes del sistema receptor.

Estas observaciones generales de ninguna manera agotan todas las importantes lecciones que pueden tomarse de la experiencia coreana. Se puede sugerir que al examinar la monografía, los lectores traten de descubrir lo que este proyecto de demostración debe enseñar en cuanto a temas tan importantes como: 1) mejorar la administración y la eficiencia del sistema de atención primaria de la salud; 2) los auténticos problemas que plantea integrar un servicio curativo con la atención sanitaria preventiva, que es notablemente deficiente en las áreas rurales; 3) la importancia de la evaluación, pero también las serias limitaciones de metodologías caras y complejas para medir los cambios cuantitativos y las influencias que a fin de cuentas pueden dejar sin respuesta algunas de las importantes cuestiones operacionales cualitativas que constituyen la preocupación principal de los políticos, y 4) quizá lo más importante de todo, formas prácticas de asegurar que los sectores más pobres de las comunidades rurales disfruten de igual acceso y beneficios iguales en un sistema de atención primaria de la salud.

## **2) Implicaciones de una política a largo plazo del proyecto comunitario rural**

Hasta la fecha es muy alentador el progreso del proyecto al movilizar los recursos de la comunidad y ampliar los diferentes tipos de médicos de salud comunitaria para la atención primaria de la salud. Sin embargo, están pendientes tres importantes tareas: inculcar en la población en general los conceptos de atención primaria de la salud, ganar el apoyo de los dirigentes nacionales para los cambios organizacionales que deben sostener el esfuerzo de la atención primaria de la salud y desarrollar y utilizar la tecnología adecuada en la atención primaria de la salud.

Una efectiva política nacional de esta naturaleza en favor de los desamparados implicará la virtual resolución en el sistema de salud. Cambios fundamentales en la atención sanitaria rural de Corea exigirán igualmente cambios trascendentales en la estructura organizativa y en las prácticas administrativas de los servicios sanitarios. Todo el servicio sanitario debe ser movilizado para fortalecer y ayudar a los trabajadores de la atención primaria de la salud, proporcionándoles adiestramiento, supervisión, facilidades de referencia y apoyo logístico, que incluyan una tecnología sanitaria simplificada en el nivel nacional y adecuada a sus necesidades.

A pesar de su breve existencia, el sistema coreano de seguro médico ya protege mayor porcentaje de la población que otros sistemas con historial más largo. Con todo, la cobertura de las comunidades rurales sigue siendo inadecuada. El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales tiene plena conciencia de la cobertura insuficiente y se ha propuesto mejorarla; sin embargo, el acceso físico y financiero a los proveedores de salud constituye un problema nacional en la ampliación de la cobertura a los asegurados de la clase II de la población rural. La extensión a las áreas rurales, los trabajadores independientes y la clase trabajadora pobre plantea numerosos problemas que gradualmente pueden superarse. Administrativamente es difícil cobrar primas a los trabajadores independientes o a los campesinos que obtienen ganancias sólo por temporadas. La extensión del seguro de salud a la población rural no reeditarán los mismos beneficios que pueden ofrecerse en las ciudades a menos que se mejore notablemente la oferta de recursos médicos y su distribución, y se facilite el transporte y la comunicación. Ahora bien, debe encontrarse la manera de ayudar a los segmentos más pobres de la población que no tienen derecho a la asistencia médica, pagando la carga contributiva en el futuro cercano.

Antes de que se extienda ampliamente a las zonas rurales cualquier forma de seguro médico, un sistema de atención primaria de la salud planeado y estructurado y con instalaciones racionalmente ideadas para la atención secundaria y terciaria podría evi-



tar los actuales desperdicios que el seguro médico conlleva al operar en las zonas urbanas, así como el riesgo de una muy rápida escalada de costos. Si actualmente se gasta dinero para crear ese sistema, se prevendrán cargas a largo plazo sobre la economía, cargas que países más avanzados difícilmente han podido controlar.

**Apéndice del cuadro 1. Distribución de las instalaciones sanitarias (1978)**

Tamaño de las ciudades y total <sup>a</sup>	No. de ciudades y total <sup>a</sup>	Población Total <sup>a</sup>	Hospitales generales		Hospitales		Clínicas		No. de hospitales y clínicas centrales	No. de clínicas obstétricas
			No.	No. de camas	No.	No. de camas	No.	No. de camas		
Seúl	1	7 823 (21.4) <sup>b</sup>	26	8 741	56	4 587	2 163	5 516	972	150
Busán	1	2 880 (7.9)	5	1 239	24	1 802	708	2 671	180	81
1,000-2,000	1	1 487 (4.1)	4	1 147	8	510	478	1 690	107	15
500-1,000	3	2 212 (6.0)	8	1 812	23	1 081	443	2 975	103	48
250-500	4	1 695 (4.6)	6	1 133	14	1 055	314	1 224	78	41
100-250	20	2 910 (7.9)	6	839	45	2 139	559	3 108	130	90
50-100	6	436 (1.2)	4	364	10	517	219	1 561	60	36
25-50	57	1 882 (5.1)	—	—	25	1 046	327	1 926	97	46
Subtotal	93	21 304 (58.2)	59	15 275 (100.0)	205	12 737 (84.1)	5 661 (93.7)	20 671 (81.7)	1 727 (96.5)	507 (88.6)
Resto	—	15 304 (41.8)	—	—	7	2 414 (3.3)	383 (6.9)	4 618 (18.3)	63 (3.5)	65 (11.4)
Total	—	36 629 (100.0)	59	15 275 (100.0)	212	15 151 (100.0)	6 044 (100.0)	25 289 (100.0)	1 790 (100.0)	572 (100.0)

Fuentes: MOHA, Anuario Municipal de Corea, 1979 (en coreano).

MOHSA, Anuario de Salud Pública y Estadísticas Sociales, 1979 (en coreano).

Notas: <sup>a</sup>Unidad; 1,000 personas. <sup>b</sup>( ) es porcentaje.

**Apéndice del cuadro 2. Accesibilidad a las instalaciones de atención médica, 1979**

		(%)					
	Territorio total	Residentes urbanos			Residentes rurales		
		Total	Ciudad grande <sup>a</sup>	Otras	Total	Uup	Myun
Dentro de 30 minutos	66.1	97.4	99.8	93.3	38.4	67.3	30.8
Dentro de 60 minutos	83.5	99.2	100.0	97.9	69.7	86.8	65.2

Fuente: Ha-cheong, Yeon, y otros. *Análisis de recursos de salud y accesibilidad espacial a las instalaciones de atención médica.*

KDI 1980 (en coreano)

Nota: <sup>a</sup>Seúl, Busán, Daegu, Gwangju y Daejeon.

MONOGRAFIA DE  
LA SITUACION DE LOS GRUPOS  
MARGINADOS EN LAS ZONAS  
RURALES DE LA INDIA\*

B.S. Ramaswamy\*\*

\* Monografía presentada por la Delegación de la India.

\*\* Director General. Corporación del Seguro de los Trabajadores del Estado.



## **CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS, DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS**

1. India es el séptimo país más grande del orbe; con una superficie aproximada de 3 228 000 kilómetros cuadrados, es una federación de Estados. Este país está aislado del resto del continente asiático por las montañas y el mar que hacen de él una unidad geográfica distintiva. La parte continental comprende cuatro regiones bien definidas, a saber, la gran zona montañosa, los llanos del Ganges y del Indo, la región desértica y la península meridional. Además, hay varios territorios insulares. Conforme al censo de 1981, la población total de la India es de 683.81 millones, lo cual muestra un incremento de 24.75% respecto al último decenio. La población femenina constituye cerca del 48.28% de la población. La causa principal de este aumento fue el descenso en la tasa de mortalidad por mejores condiciones de salud, control eficaz de epidemias, manejo eficiente de las condiciones de hambruna y mejoras generales y desarrollo económico. La tasa de mortalidad por mil habitantes se redujo de 27.4 a 14.8 y la expectativa de vida al nacer aumentó de 32.7 a más de 52. Sin embargo, no se ha observado una reducción apreciable en la tasa de natalidad. La densidad demográfica promedio es de aproximadamente 221 personas por kilómetro cuadrado.

2. El sector agrícola aporta casi el 50% del ingreso nacional, proporciona medios de vida a cerca de tres cuartas partes de la población, suministra la parte mayor de los bienes salariales requeridos por el sector no agrícola y materias primas para gran parte del sector industrial.

3. Uno de los aspectos de primordial interés para el gobierno de la India ha sido el desarrollo de las zonas rurales y la protección social para la población rural. Empezó con el programa de desarrollo comunitario a principios de la década de 1950, el cual ayudó a establecer una red de servicios de extensión y desarrollo en poblados, creando así una conciencia en las comunidades rurales de los medios potenciales de desarrollo. A mediados de los se-

senta, esta acción conllevó una adopción más rápida de los principales avances tecnológicos en el medio agrícola, reforzadas con la abolición de terratenientes intermediarios y la reforma del sistema de tenencia de la tierra. Las inversiones en los subsiguientes planes quinquenales desembocaron en la creación de una infraestructura física e institucional esencial de desarrollo económico en muchas áreas rurales. Más tarde se percataron de que aquellos mejor dotados en términos de recursos agrarios obtenían la mayor parte de los beneficios derivados de diversos programas de desarrollo. Por tanto, a principios de la década de los años setenta se analizaron programas elaborados específicamente para el desarrollo de pequeños agricultores campesinos y jornaleros agrícolas sin tierras. En el decenio de 1970, se introdujeron programas especiales para protección pecuaria, el desarrollo de zonas afectadas por sequías, un programa para el desarrollo de regiones desérticas y un régimen de seguro para las cosechas. En 1977 se inició un programa llamado "Alimentos para el trabajo" tendiente a brindar oportunidades laborales a los campesinos pobres, sobre todo en los períodos inactivos del año. Se elaboró un Programa de Necesidades Mínimas, a fin de garantizar ciertos atractivos en materia de educación, salud, agua potable, sitios para viviendas, etc., a las áreas rurales dentro de un período razonable.

#### **Programa de Organismos de Desarrollo para Pequeños Agricultores**

4. El Programa de Organismos de Desarrollo para Pequeños Agricultores (SFDA) destinado al grupo objetivo compuesto por pequeños agricultores, marginados y trabajadores agrícolas, ha estado funcionando desde 1971. La meta del programa es ayudar a que las personas concretamente detectadas en este grupo objetivo eleven su nivel de ingresos. En estos proyectos, se recalca en mayor medida el aspecto de la explotación agropecuaria que comprende agricultura intensiva, cultivos múltiples, introducción de variedades de alto rendimiento, horticultura, desarrollo de riego menor, conservación del suelo, conformación de la tierra, la tierra y desarrollo de la misma y así sucesivamente. Ha-

ciendo mayor hincapié en la adopción de procedimientos de labranza sin riego y métodos de cosecha con agua en zonas de temporal, estos organismos también realizan ocupaciones secundarias, como la producción lechera, la avicultura y la crianza de marranos, cabras y borregos. Los gobiernos central y estatales se dividen al 50% el financiamiento de estos programas. En el plan quinquenal 1980-1985, se aprobó una erogación de aproximadamente 750 millones de dólares por parte del gobierno central. Se espera que para el 31 de marzo de 1985 cerca de 15 millones de familias rebasen el límite de pobreza. El SFDA se fusionó con el Programa de Desarrollo Rural Integrado el 2 de octubre de 1980, y el primero se amplió a fin de cubrir a todos los grupos del país.

### **Programa Especial de Protección Pecuaria**

5. El objetivo del Programa Especial de Protección Pecuaria iniciado en el año de 1975-1976 es brindar mayores oportunidades de empleo a los sectores más débiles y a las masas rurales. Las entidades federativas instrumentan el programa sobre la base de subsidio-con-préstamo. Los préstamos se tramitan por medio de fuentes institucionales. El régimen auspiciado por el gobierno central para la cría de bovinos otorga subsidios para alimentos del 50% a pequeños agricultores marginados y de 66.66% a trabajadores agrícolas. Bajo el esquema del sector central para el establecimiento de unidades de producción de aves, puercos y borregos, se otorga un subsidio del 25% a pequeños agricultores y de 33.5% a campesinos marginados y trabajadores agrícolas y de 50% a tribus designadas. A partir del primero de abril de 1981, el programa se fusionó con el IRDP.

### **Programa de Zonas Propensas a Sequías**

6. El Programa de Zonas Propensas a las Sequías (DRAP) está destinado al desarrollo a largo plazo de las áreas que son afectadas con gran frecuencia por la sequía, mediante el desarrollo integrado de recursos locales en los sectores agrícolas y otros afines. El objetivo del programa consiste en elevar la capacidad productiva de dichas zonas, a fin de garantizar ingresos y empleos sostenidos, sobre todo a los sectores vulnerables de la sociedad rural. De aquí que procura eliminar la necesidad de ayuda por escasez



y crear un potencial dentro de estas regiones para hacer frente a estos riesgos naturales. En el programa se destaca la restauración de un equilibrio ecológico, el desarrollo y la administración de los recursos para riego, la conservación del suelo y la humedad, forestación, dehesas y desarrollo pecuario y agrícola de zonas áridas. En virtud de que los problemas fundamentales de estas áreas se deben a la perturbación grave y persistente del equilibrio ecológico, se subraya el mejoramiento de las praderas, la introducción de pastoreo controlado, la forestación, franjas de resguardo y rompevientos, la estabilización de dunas de arena, etc. Puesto que estas regiones cuentan con la ventaja intrínseca para el desarrollo de productos lácteos, se da la importancia debida al desarrollo de ganado bovino y vacuno. El DRAP se financia con una tasa de 1.5 millones de rupias anuales por bloque, es decir, una erogación total de 1 750 millones de rupias (cerca de 175 millones de dólares) para 1980-1985 por parte del sector central y de una cantidad equivalente proveniente de los planes estatales.

### **Programa de Desarrollo de los Desiertos**

7. El Programa de Desarrollo de los Desiertos se inició en 1977-1978 y su fin es lograr el desarrollo integrado de las regiones desérticas aumentando la productividad, el nivel de ingreso y las oportunidades de empleo para sus habitantes, valiéndose del óptimo aprovechamiento de los recursos materiales, humanos, pecuarios y otros. Desde la implantación de este programa en 1977-1978 hasta marzo de 1980, se habían invertido aproximadamente 23 210 millones de rupias (cerca de 2 320 millones de dólares). El monto aportado por el sector central para el período 1980-1985 del plan fue de 500 millones de rupias (50 millones de dólares) y los Estados aportaron una cantidad similar.

### **Seguros de Cosechas**

8. La vulnerabilidad de los agricultores frente a los riesgos y peligros que surgen de factores que están fuera de su control, subrayan la necesidad de idear un arreglo para protegerlo de las pérdidas en sus cosechas. En este contexto, la Corporación Gene-

ral de Seguros de la India emprendió un Régimen de Seguros de Cosechas piloto en el año de 1979. El régimen se basa en un enfoque regional y cubre la pérdida de producción debido a sequías, lluvias excesivas, inundaciones, escarcha del congelamiento, granizo, nieve, tormentas de viento, ciclones, infestaciones de insectos, enfermedades de las plantas, etc. La póliza de seguro se expide a nombre de las instituciones financieras y el seguro se basa en el préstamo sobre la cosecha del cultivador. Los gobiernos estatales son coaseguradores con la Corporación General de Seguros y comparten las primas y la indemnización hasta en un 25%. El gobierno de la India subsidia la prima pagadera por los pequeños agricultores y marginados en áreas programáticas especiales como IRD, SFDA, etc., hasta el 25% y los gobiernos estatales competentes comparten otro 25%.

### **Programa de Desarrollo Rural Integrado**

9. Con miras a elevar a las familias más pobres de las zonas rurales por encima del límite de pobreza al proporcionarles activos generadores de ingresos y acceso al crédito y otros insumos, en 1978-1979 se emprendió un nuevo programa denominado Programa de Desarrollo Rural Integrado (IRDP). Este programa está dirigido a un grupo objetivo formado por los indigentes y abarca a pequeños agricultores y marginados, trabajadores agrícolas y no agrícolas, artesanos rurales, castas y tribus designadas y, en efecto, a todas las personas que viven por debajo del límite de pobreza (familias de aproximadamente cinco personas con ingreso anual menor de 3 500 rupias). De los 350 millones de personas que se encuentran por debajo del límite de pobreza en la India, cerca de 300 millones habitan en las zonas rurales. Se obtendrá un incremento significativo en los ingresos de las familias pobres de las zonas rurales a través de la generación de oportunidades de empleo para ellos, así como el proporcionarles activos y recursos productivos. Conforme al IRDP no existe una asignación sectorial predeterminada y las inversiones en diferentes actividades económicas se rigen por el interés en la actividad mostrado por el beneficiario y la aceptabilidad de aquél para las instituciones bancarias. En este programa, los sectores de agricultura, ganadería, pesquerías, silvicultura, industrias rurales y de unida-

des familiares y actividades comerciales y de servicios son elegibles para recibir ayuda. El IRDP, en el cual se han integrado programas relativos al Organismo de Desarrollo de Pequeños Agricultores (SFDA) y la capacitación de la juventud campesina para trabajos independientes, actualmente cubre todos los grupos del país, tomando a la familia como la unidad básica de desarrollo. Durante el período del Plan Quinquenal 1980-1985, bajo este programa de espera que en un índice de 3 000 familias por bloque, 15 millones de familias reciban ayuda directa para mejorar su situación económica con objeto de permitirles percibir ingresos superiores al límite de pobreza.

10. Las mujeres de familias pobres con ingresos marginales se ven obligadas a trabajar a fin de aumentar los ingresos familiares. El ingreso aportado por la mujer ayuda a mejorar el estado nutricional y el nivel educativo de los niños y provoca una actitud positiva en la familia y en la sociedad con respecto a la posición de la mujer. Otra finalidad del IRDP es ayudar a las mujeres de dichas familias bajo ciertos regímenes, a tener mayor acceso al crédito y otras facilidades, a fin de mejorar su capacidad de generación de ingresos. Asimismo, se destina a extender el máximo beneficio posible a las mujeres jóvenes bajo el régimen de capacitación de la juventud campesina para el empleo independiente y así dar prioridad en el otorgamiento de préstamos y subsidios a las mujeres que son jefes de familia. También se elaboró un esquema para el Desarrollo de la Mujer y el Niño en Zonas Rurales que será instrumentado en 51 distritos seleccionados como elementos del IRPD. Su fin será prestar atención a las mujeres de las familias de los grupos mencionados, con objeto de que puedan acceder a actividades generadoras de ingresos y también para proporcionarles los servicios de apoyo necesarios.

### **Programa de Empleo Rural**

11. La problemática del empleo en las zonas rurales se encuentra fundamentalmente en el desempleo estacional y el subempleo. Las oportunidades más plenas de empleo para la fuerza laboral rural tendrán que encontrarse en el sector agrícola y otros afines mediante la intensificación y diversificación agrícola basadas en

la expansión del riego y la tecnología mejorada. No obstante, las propias dimensiones del problema precisan de una estrategia múltiple, por un lado, orientada al desarrollo de recursos de sectores vulnerables de la población y por el otro, a brindar oportunidades de empleo complementario a los campesinos pobres, sobre todo durante períodos de escasez, en una forma tal que al mismo tiempo contribuyera directamente a la creación de activos duraderos para la comunidad. En este contexto, se creó el programa conocido como Alimentos para el Trabajo en el año de 1976 a 1977. Los objetivos fundamentales del programa eran generar empleos adicionales en las zonas rurales mediante el aprovechamiento de existencias disponibles de granos alimenticios y, como consecuencia, crear activos comunitarios duraderos que podrían fortalecer la infraestructura en las zonas rurales para alcanzar su desarrollo socioeconómico.

12. El programa también produjo muchos beneficios para los campesinos pobres como la estabilización de precios de los granos alimenticios, garantizando salarios mínimos a los trabajadores, y por ende, aumentando sus ingresos y mejorando sus niveles de nutrición y proporcionando empleo a los indigentes durante todo el año. Estos activos comunitarios duraderos dieron como resultado una mejor calidad de vida a los pobres de las zonas rurales y detuvieron el éxodo de la población rural a las ciudades y poblados. Sin embargo, también se observó una serie de impedimentos y desventajas en la instrumentación del programa. Por tanto, el programa se revisó y reestructuró y se le dio el nombre de Programa Nacional de Empleo Rural planteando los tres siguientes objetivos básicos:

1. Generación de empleos remunerados adicionales para los desocupados y subempleados, hombres y mujeres, en las zonas rurales;
2. Creación de activos comunitarios durables para robustecer la infraestructura rural que conllevará al crecimiento acelerado de la economía rural y al aumento estable del nivel de ingresos de los campesinos pobres; y
3. Mejoramiento del estado nutricional y los niveles de vida de los campesinos pobres.

### **Capacitación para el trabajo independiente**

13. El Esquema Nacional de Capacitación para el Trabajo Independiente para la Juventud de las Zonas Rurales (TRYSEM) se inició en 1979 con el objetivo principal de eliminar el desempleo entre los jóvenes. El empuje primordial de este esquema se encausa a dotar a los jóvenes de las zonas rurales con las aptitudes y la tecnología necesarias a fin de permitirles comenzar el trabajo independiente. En sus inicios, se propuso capacitar a mil aproximadamente a 200 jóvenes al año en diferentes aptitudes en áreas del IRDP y no IRDP. Después de la extensión del IRDP a todos los grupos, el TRYSEM continuará como un esquema aparte con asignaciones financieras separadas a fin de fortalecer la infraestructura de capacitación. La estrategia de capacitación comprende, además de la capacitación institucional, la capacitación en unidades locales de servicio e industriales, artesanos expertos, artífices y trabajadores calificados. Durante el período de capacitación, los educandos también reciben asistencia económica. Asimismo, se les ayuda a elaborar informes de proyectos que más tarde se convierten en esquemas negociables. Se otorgan subsidios sobre el patrón IRDP con un límite máximo de 3 000 rupias por educando. También tienen derecho en casos idóneos a un estuche de herramienta gratuito que cuesta hasta 250 rupias. En el sexto Plan Nacional Quinquenal (1980-1985) se previó la cantidad de 500 millones de rupias para este esquema.

### **Programa de Garantía de Empleo para Campesinos sin Tierras de las Zonas Rurales**

14. A fin de brindar más oportunidades de empleo a los jornaleros que no poseen tierras durante las épocas agrícolas de escasez, el 15 de agosto de 1983, la Primera Ministra de la India presentó a la nación un nuevo programa contra la pobreza denominado Programa de Garantía de Empleo para los Trabajadores sin Tierras de las Zonas Rurales, el cual sería un hito hacia la realización del objetivo de proporcionar empleo por lo menos a un miembro de cada unidad familiar laboral sin tierras por un período hasta de 100 días al año.

### **Programa de Necesidades Mínimas**

15. El concepto del Programa de Necesidades Mínimas surgió y se cristalizó a partir de la experiencia de que no se puede mantener y mucho menos acelerar el crecimiento ni el consumo social si no existe un apoyo mutuo. Básicamente, el programa es una inversión para el desarrollo de los recursos humanos. El Programa de Necesidades Mínimas introducido en 1974 plantea que es imperativo proporcionar servicios sociales conforme a normas aceptadas a nivel nacional dentro de un programa limitado por el tiempo. Los componentes del programa son: educación primaria, salud rural, abasto de agua en las zonas rurales, caminos rurales, electrificación rural, asistencia de vivienda a los jornaleros, mejoramiento ambiental de barrios pobres rurales y nutrición. Estos programas se consideran en paquete y se relacionan con grupos de áreas y beneficiarios específicos.

### **Educación primaria**

16. El otorgamiento de educación universal gratuita y obligatoria hasta la edad de 14 años es una responsabilidad constitucional. En las escuelas de gobierno y en las administradas por organismos locales en todo el país, la educación del primero al quinto grado es gratuita. Hasta 1980-1981, la estrategia había sido universalizar la educación primaria (I-IV/V grados) en el grupo de edad de 6 a 11 años. El Sexto Plan Nacional (1980-1985) destaca la universalización de la educación primaria (grados I-VIII) en el grupo de edad de 6 a 14 años, en un lapso de 10 años como máximo. Un elemento importante de esta estrategia es impartir enseñanza informal de medio tiempo, en la medida de lo posible, a la totalidad de los niños no matriculados y a los que abandonaron sus estudios. Si bien se realizan esfuerzos decididos para universalizar la educación primaria hasta los 14 años, se están ampliando las instalaciones educativas a la población adulta a fin de remediar sus carencias educativas y permitirles desarrollar sus potenciales con objeto de desempeñar un papel activo en el cambio sociocultural. El Programa Nacional de Educación para Adultos, emprendido en octubre de 1978, se dirigió a proporcionar instalaciones de educación para adultos para cubrir a cerca de 100 millones de

analfabetos, cuyas edades fluctuaban entre 15 y 35 años para finales de 1983-1984. La suma total erogada en educación primaria del Sexto Plan (1980-1985) es de 10 330 millones de rupias.

17. Asimismo, el programa de educación para adultos otorga la más alta prioridad a la educación de mujeres adultas en el grupo de edad de más de 15 años. Sus objetivos son:

- (i) hacer que los hombres y las mujeres estén más conscientes de sus derechos y obligaciones, de la repercusión de la ley que rige la posición de la mujer en la sociedad y desarrollar un entendimiento de las diferentes formas manifestadas y ocultas que ocasionan la opresión de la mujer;
- (ii) ayudar a la mujer a lograr viabilidad económica mediante la alfabetización y otras aptitudes y recursos necesarios;
- (iii) permitir el acceso a conocimientos en otros campos, sobre todo en materia de salud, atención infantil, nutrición, planificación familiar, y
- (iv) ayudar a la mujer a integrar sus propios grupos para aprender una actividad productiva y fortalecer su participación y voz en el proceso de desarrollo.

### **Salud rural**

18. El objeto fundamental es prestar mejores servicios de atención primaria de salud y de atención médica a las zonas rurales y tribales y a la gente pobre, con la filosofía implícita de que "las necesidades de las mayorías deben predominar sobre las de las minorías". La fuerza motriz de la planeación de la salud es el compromiso adquirido por la nación para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000". Los requisitos contemplados para lograr este objetivo son las siguientes.

- (i) un voluntario de salud comunitaria para cada poblauo o población de 1 000 habitantes elegido por la comunidad a fin de integrar la unidad base;

- (ii) un subcentro para una población de 5 000 personas en los llanos y de 3 000 en las zonas montañosas y tribales, y
- (iii) un centro de salud comunitaria para una población de 100 000 habitantes o un bloque de desarrollo comunitario.

Para el período 1980-1985 se prevé una erogación total de 5 770 millones de rupias para la salud rural.

19. El esquema auspiciado por el gobierno central llamado Programa de Nutrición Aplicada se inició en 1963 con el fin de mejorar el nivel nutricional de los habitantes de las zonas rurales, particularmente el del grupo vulnerable, por medio de un programa de educación nutricional bien coordinado de producción y consumo de alimentos nutritivos. El programa de nutrición consta de dos elementos:

- a) Nutrición especial
- b) Alimentos del mediodía.

El Programa de Nutrición Especial (SNP) para niños en edad preescolar y madres lactantes se introdujo en 1970-1971 y más tarde se integró al Programa de Necesidades Mínimas que establece 300 calorías y 8 a 10 gramos de proteína que se suministran a niños de 0 a 5 años de edad por 300 días, y 500 calorías y 25 gramos de proteínas para madres embarazadas y lactantes durante 300 días. El grupo objetivo con derecho a este programa al primero de abril de 1981 era de 70 millones de niños de 0 a 6 años de edad y 7 millones de madres.

20. El Programa de Alimentos del Mediodía para los grupos de edad entre 6 y 11 años se implantó en 1961-1963 y establece que estos niños deberán recibir alimentos al mediodía durante 200 días al año, conteniendo 300 calorías y 8 a 12 gramos de proteína diarios por niño. El programa se incorporó al de Necesidades Mínimas. Cerca de 17.4 millones de niños se beneficiaron con este programa. Se estima que el costo total del Programa de Nutrición para el período 1980-1985 será de 2 190 millones de rupias (aproximadamente 220 millones de dólares).



21. Estudios recientes mostraron que el esquema no ha producido un impacto importante en la inscripción o en la reducción del índice de deserción escolar. Por ende, es preciso reorganizarlo y vincularlo con los servicios de salud, agua potable, higiene ambiental y personal, esquemas e incentivos y huertos de legumbres en las escuelas, con los cuales se dispondría de frutas y verduras para los programas alimentarios.

### **Vivienda**

22. En 1971 se introdujo en el sector central un esquema para asistencia en los terrenos con construcciones para jornales agrícolas, con miras a satisfacer la necesidad de proporcionar un alojamiento digno a los sectores más débiles de la comunidad rural. En 1974, se transfirió este esquema al sector estatal y se incorporó como parte del Programa de Necesidades Mínimas. Se extendió para abarcar a todos los jornaleros agrícolas sin tierras, incluyendo a los artesanos. Se estima que para marzo de 1985, 14.5 millones de familias necesitarán asistencia para vivienda. Se contempló que la asistencia bajo este régimen cubriría a 6.8 millones de familias durante el período de vigencia del Sexto Plan (1980-1985) y se previó un monto total de 3 535 millones de rupias (1 700 millones para terrenos y 1 835 millones para asistencia de construcción).

Asimismo, el esquema establece que se dará asistencia de construcción a 3.6 millones de familias a fin de alentar a los derechohabientes a construir sus propias viviendas mediante la autoayuda. Tomando el período 1983-1984, hasta diciembre de 1983 se habían proporcionado terrenos a 724 mil familias a comparación del objetivo de 874 mil. Cerca de 11 583 000 familias ya cuentan con terrenos desde que se inició el esquema a diciembre de 1983. En forma similar, se otorgó asistencia para construcción a aproximadamente 2.53 millones de familias en el mismo período.

### **La función de las instituciones de seguridad social**

23. En la India, los dos principales regímenes contribuyentes de seguridad social son el Régimen de Seguro Estatal para Emplea-

dos conforme a la Ley ESI de 1948 y los Regímenes de Fondo de Previsión, Pensión Familiar y Seguro de Depósitos, enmarcados en la Ley del Fondo de Previsión de los Empleados y Disposiciones Varias de 1952. Ambos regímenes están destinados a los asalariados que viven básicamente en las zonas urbanas. Por consiguiente, las instituciones que administran estos regímenes de seguridad social no desempeñan ninguna función actualmente en brindar protección social a los grupos marginados de las zonas rurales.

24. El Régimen ESI otorga prestaciones económicas en eventualidades reconocidas de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo y muerte y atención médica integral a los trabajadores asegurados y a sus familias. Hoy día, su cobertura es de casi 7.3 millones de trabajadores asegurados y presta atención médica a más de 2.8 millones de derechohabientes, por lo general, en las zonas urbanas. Hasta ahora se han construido 90 hospitales con un total de 18 000 camas para proporcionar atención médica. Se pretende contar con cuatro camas por 1 000 empleados. La extensión del régimen a los asalariados del sector rural implicaría su ampliación a un medio que es totalmente diferente al urbano en que el régimen se ha desarrollado hasta ahora. En años recientes, se plantearon los problemas de su extensión a las zonas rurales y se llegó a la conclusión de que sería necesario modificar el régimen existente a fin de adecuarlo a las condiciones y necesidades de las áreas rurales.

25. El Régimen del Fondo de Previsión para Empleados establece el otorgamiento las prestaciones con cuotas de los empleados, pensiones familiares y seguro de depósitos y se ha ampliado para cubrir a casi 172 industrias y diferentes categorías de establecimientos incluyendo plantaciones, fincas cañeras y agrícolas del sector rural. Actualmente el régimen cubre a casi 145 mil establecimientos con más de 12.57 millones de derechohabientes en el Fondo de Previsión y 7.75 millones en el de pensiones familiares.



El director general del IMSS y presidente del CPISS licenciado Ricardo García Sáinz, contestando las preguntas de los participantes después de las exposiciones del Programa IMSS-COPLAMAR. La presidencia de la sesión estuvo a cargo del señor B.S. Ramaswamy.

LA GENERALIZACION  
DE LA PROTECCION SOCIAL  
A LOS GRUPOS MARGINADOS  
DEL MEDIO RURAL\*

Nicolay Trofimiouk\*\*

- \* Documento presentado por la Delegación de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.
- \*\* Jefe del Departamento de Seguridad Social del Estado. Consejo Central de Sindicatos de la URSS.



Integrantes de la delegación de la URSS.

**Señor Presidente**  
**Señoras y señores**

Con todo el corazón quisiera agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social la fantástica organización de la presente reunión y la calurosa acogida y hospitalidad que nos han brindado. He podido constatar con gran placer que la llegada de nuestra delegación a este hospitalario país coincide con la memorable fecha del 60 aniversario del establecimiento de las relaciones diplomáticas entre México y la Unión Soviética. Este evento se celebró con gran júbilo en la URSS pues en efecto, México fue el primer Estado del hemisferio occidental que reconoció la jurisdicción del Estado Soviético. Los lazos que unen a nuestros dos países son estrechos y múltiples, los gobiernos de los dos países ocupan posiciones similares o cercanas en muchos de los problemas de actualidad en esta época moderna.

Esperamos que la estancia de nuestra delegación en México sirva para establecer lazos y contactos mejores con nuestros colegas de profesión y con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nuestra delegación representa aquí a los sindicatos soviéticos. Nuestra participación en estas reuniones se justifica desde muchos puntos de vista. En efecto, en la Unión Soviética después de cincuenta años la seguridad social del Estado está administrada por los sindicatos. Esto permite una gestión democrática, una gran participación de los trabajadores y la reducción al mínimo de los gastos de administración con un sistema permanente.

El campo de los seguros sociales soviéticos es el siguiente: *Extensión general*, en la que el conjunto de trabajadores desde el primer día en que participan en la vida profesional, ya sea que trabajen en una empresa estatal, cooperativa o en empresas privadas, con empleos permanentes, provisionales o estacionales, están cubiertos por el régimen del seguro social. La *amplitud y diversidad* de los tipos de seguro social y los servicios de las diversas prestaciones se cargan a los gastos de la seguridad social; ya sea la inca-

pacidad temporal para el trabajo el embarazo y/o maternidad, los nacimientos y cuidados a los bebés, etc.; las pensiones de vejez, invalidez o en el caso de pérdida del jefe o sostén de la familia; curación, en balnearios de los obreros, empleados, miembros de koljoses o sus familiares. La seguridad social está financiada con los descuentos por seguros en las empresas, las administraciones, los establecimientos o koljoses, así como por los subsidios provenientes del presupuesto de Estado. Los trabajadores no contribuyen al seguro social con sus salarios.

La asistencia médica del conjunto de la población soviética es gratuita: no está financiada por el seguro social sino por el presupuesto del Estado.

La pregunta que debemos analizar es bastante complicada y específica. En muchos países la protección social de las capas desprotegidas de la población representa un sistema social complejo.

Nos felicitamos de constatar el papel activo que juegan las organizaciones de la seguridad social y sobre todo el Instituto Mexicano del Seguro Social al preparar el análisis de esta cuestión tan importante. Nosotros deseamos más éxitos en esta actividad, es decir, la solución de todos los problemas ligados a la seguridad social de los trabajadores mexicanos. Para nosotros la cuestión de la extensión de la protección social al medio rural no presenta dificultades debido al concepto mismo del desempleo, de la falta de vivienda o de alguna persona privada de asistencia médica o de la seguridad social, que no existe entre nosotros. Por supuesto esto no quiere decir que vivamos sin problemas. Si se habla concretamente de la seguridad social en el ámbito rural, entonces, a principios de los sesenta había ciertas categorías de koljosiyanos que no eran ni especialistas, ni mecánicos, que no estaban sujetos a la seguridad social a escala nacional.

La ley sobre las pensiones y asignaciones de los miembros de los koljoses adoptada en 1964 estructuró un sistema coherente y único de la seguridad social; actualmente, todas las categorías de trabajadores rurales, en la mayor parte de los casos, están aseguradas de acuerdo con las normas de obreros y empleados. Por lo tanto, el problema no está totalmente resuelto.

Es así que los koljozianos no tienen acceso a ciertas pensiones en condiciones favorables: nosotros consideramos la reducción de 5 a 10 años para los hombres (con relación a los 60 años y para las mujeres con relación a los 55) para el trabajo en condiciones insalubres. Las pensiones mínimas para los habitantes de los koljozes son inferiores a las de los obreros o empleados. A medida que se van creando las condiciones económicas, vamos logrando resolver estos problemas.

Debo decir que el perfeccionamiento de la seguridad social es una de nuestras preocupaciones constantes y no sólo en lo que respecta a los trabajadores rurales. Es así como en este año entra en vigor una decisión común del consejo de ministros de la URSS y del consejo central de los sindicatos soviéticos sobre las asignaciones relativas al seguro social. Se trata de un documento de codificación, pero permite liquidar algunos cuellos de botella que existen en nuestra legislación y atentaban contra los intereses de ciertas categorías de ciudadanos de poca importancia. Es así que esta decisión anula la disposición de acuerdo con la cual, los derechos comunes de algunas personas, que habiendo purgado condenas por delitos, y habiendo sido nuevamente contratados para trabajar, durante un período de seis meses no tenían derecho a la asignación de incapacidades temporales de trabajo. El mismo decreto resolvió el problema de los que se enferman después de su período de licencia, es decir, durante el período en el que provisionalmente no están realizando actividad profesional. Antes, en esos casos, ellos no recibían una asignación adicional por enfermedad. Actualmente se les puede otorgar desde su antiguo lugar de trabajo, si tienen una enfermedad prolongada y si ésta les ataca durante uno de sus meses de incapacidad. Como ven, el perfeccionamiento de la legislación nos ha permitido cubrir las necesidades asegurando la protección social de esta categoría de ciudadanos.

Por supuesto, una intervención tan breve no me permite hablar en detalle de nuestra experiencia y de nuestros problemas. Pero si tuvieran algún interés especial, estamos deseosos de hablarles de ellos, en lo particular, durante nuestros descansos. Sólo quisiera agregar que todos debemos reforzar la asistencia que se



otorga a las familias numerosas, para estimular la tasa de natalidad. Con este propósito, tenemos la intención de aumentar el monto de las asignaciones familiares existentes, además de introducir nuevas prestaciones, aplicar medidas complementarias con miras a reforzar la protección de la salud de madres e hijos, estimulando el reposo y ocio familiar, la cura en balnearios y aguas termales, de padres acompañados de sus hijos, etcétera.

Igualmente, es importante perfeccionar el funcionamiento de las organizaciones de salud pública, seguro social, así como las organizaciones económicas encargadas de proteger y tonificar la salud de los trabajadores y disminuir la morbilidad. Estamos esforzándonos por realzar el aspecto de la medicina preventiva en la salud pública, y el seguro social soviético, la detección precoz y el tratamiento de las enfermedades. A partir del próximo año, emprenderemos una observación preventiva anual de toda la población de nuestro país. Por supuesto, esto requerirá de importantes recursos, que pensamos que serán totalmente redituables.

Para avanzar será necesario, en primer lugar, asegurar la distensión internacional. A todos nos compete, como funcionarios de la seguridad social, aportar nuestra contribución a la solución de estas cuestiones.

LA PROTECCION SOCIAL  
DE LA MARGINACION  
RURAL EN ESPAÑA\*

Felipe García Ortiz\*\*

\* Ponencia presentada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España.

\*\* Director del Gabinete Técnico del Secretario General para la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.



España ha experimentado un profundo cambio social en el que ha incidido el impacto de las fuertes corrientes migratorias que modificaron su estructura demográfica y laboral en los últimos decenios.

Actualmente el 73.3% de sus habitantes reside en núcleos urbanos de más de diez mil habitantes, y un 9.1% en núcleos semiurbanos de cinco a diez mil habitantes; la población rural representa únicamente el 17% de toda la población. La pérdida de peso del sector rural se refleja en la economía, y la población agropecuaria activa es apenas el 15% de toda la población activa, con una participación del sector agrario en el Producto Interno Bruto del 6.7%. El mundo rural es un sector minoritario de reducida productividad, y su nivel de desarrollo social está claramente distanciado del resto de la nación.

Este distanciamiento del sector rural se manifiesta en que sus rentas per cápita son menores. La participación global de las rentas agrarias en la Renta Nacional disminuye lentamente mientras crecen los salarios agrarios, deteriorándose la situación de los pequeños propietarios agrícolas. En conjunto, la población rural tiene una importante dependencia de las transferencias estatales, por vía fiscal, o de las prestaciones sociales para mejorar sus rentas disponibles.

El mundo rural está marginado de un sistema adecuado de servicios públicos que se distribuyen preferentemente desde los núcleos urbanos, y sufre también una marginación cualitativa, siendo muy frecuente que los servicios públicos rurales tengan una calidad inferior a la que prestan idénticos servicios en los núcleos urbanos. El desarrollo es un fenómeno urbano, y la mejora realizada en la asignación de servicios públicos ha implicado una centralización de dichos servicios, de tal forma que en el mundo rural las necesidades sociales son mayores, y aun se agravan en ciertas áreas deprimidas, no por limitadas menos importantes, que reproducen en el interior de nuestra nación los problemas de desigualdad en el desarrollo.

La población rural española está fuertemente envejecida, como resultado de las corrientes migratorias campo-ciudad del pasado

reciente que redujeron el peso cualitativo de los grupos juveniles y de edad media en las zonas rurales. La constante caída de las tasas de fecundidad agudiza el envejecimiento de estas zonas, habiendo provincias en completa regresión demográfica. Algunas provincias agrarias particularmente envejecidas han visto detenerse el descenso de las tasas de mortalidad o aumentar éstas lentamente. El fuerte envejecimiento que se producirá en España en los próximos diez años agravará especialmente la relación activos/pasivos de las zonas rurales.

La marginación del campo no se manifiesta sólo en la falta de infraestructura de servicios públicos, sino en la menor accesibilidad de la población rural a esta infraestructura debido a los costes en tiempo, a la inferior calidad y a la falta de información sobre tales servicios, distorsionándose la asignación de recursos públicos de forma que es más difícil el cambio social en el mundo rural marginado.

Una investigación sobre la calidad de vida de España, realizada en 1981 por el Centro de Estudios de Ordenación del Territorio, pone de manifiesto que los problemas de infraestructura parecen ser menores en los pueblos pequeños que en otras poblaciones, pero en cambio la insatisfacción es mucho más alta, especialmente entre los jóvenes y los habitantes con mayores ingresos. La población rural siente gran insatisfacción por la carencia de equipamientos de ocio y recreatividad, destacándose la falta de clubes para ancianos. La insatisfacción es mayor cuanto más pequeño es el núcleo de población, y los más insatisfechos son los habitantes de los pueblos de montaña.

El instrumento básico de protección social es la seguridad social. La asistencia sanitaria y las prestaciones económicas de la población rural se realizan mediante el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. En este Régimen Especial se integran quienes realizan labores agrícolas, forestales o pecuarias, de forma habitual y como medio fundamental de vida, tanto si son trabajadores por cuenta ajena, como trabajadores por cuenta propia o pequeños empresarios cuando son titulares de pequeñas explotaciones agrarias.

Actualmente están afiliados al Régimen Especial Agrario 1 717 600 trabajadores (que representan el 18.2% de todos los afiliados a la seguridad social). El 51% de los afiliados son trabajadores por cuenta ajena y el 49, trabajadores por cuenta propia. Las prestaciones de la seguridad social agraria son idénticas a las del Régimen General, excepto que los trabajadores agrarios por cuenta propia no causan derecho a desempleo, y que la prestación por invalidez provisional tiene carácter de mejora voluntaria.

El Régimen Especial Agrario tenía en el mes de abril 1 433 200 pensionistas (28% de todos los sujetos de la seguridad social) y la relación entre activos y pasivos es muy baja: 1.20 activos por cada pasivo. Esto se debe a la disminución de la población agraria y al envejecimiento de la población activa.

El Régimen Especial Agrario es deficitario, sus ingresos apenas alcanzan a ser el 20% de sus gastos, siendo el déficit (que en 1984 asciende a 551 600 millones de pesetas) financiado por un Fondo de Compensación que integra el superávit del Régimen General y las aportaciones fiscales del Estado. Por lo tanto, mediante el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social se establece una transferencia solidaria de prestaciones económicas y sociales desde los demás sectores de la sociedad, en orden a facilitar a los trabajadores y pequeños empresarios agrarios el mismo nivel de protección sanitaria y económica, independientemente de que su capacidad de pago sea más reducida.

La asistencia médica y farmacéutica es gestionada por el Instituto Nacional de la Salud. En lo que atañe al sector rural, los afiliados al Régimen Especial Agrario y los pensionistas del mismo son titulares del derecho a la asistencia sanitaria (es decir, 3 150 800 personas) y se extienden los beneficios a los familiares directos que dependen de los titulares (en la actualidad 5 985 000 personas). Prácticamente la totalidad de la población agraria tiene asistencia sanitaria pública con cargo a la seguridad social.

Disponemos de una buena red de centros hospitalarios, con alto nivel técnico y profesional. Sin embargo, hay algunos desequi-

libros en la distribución de los hospitales. Las zonas rurales están por lo general muy desasistidas debido a la lejanía del hospital. Por ello se están construyendo hospitales de tamaño medio en determinadas áreas comarcales para equilibrar la distribución. Se está realizando también un notable esfuerzo en la asistencia primaria al extender la red y crear centros de salud en cabeceras de comarcas y subcomarcas. La medicina general y la asistencia farmacéutica están al alcance físico de toda la población rural, aunque en muchos pueblos diminutos no hay el mínimo número de habitantes que permita establecer un sistema médico y farmacéutico permanente, y por tanto, debe trasladarse a localidades próximas.

Se ha puesto en funcionamiento un programa periférico de extracción de sangre para evitar el desplazamiento del ciudadano del medio rural. En cuanto a la medicina especializada, ésta se halla centrada en núcleos urbanos pero se está preparando una norma legal para establecer el desplazamiento periódico de los especialistas al medio rural, de forma que con una regularidad determinada para cada especialidad, sea el médico quien se desplace y no el enfermo.

El gasto total de la asistencia sanitaria originado por el Régimen Especial Agrario asciende en 1984 a 161 800 millones de pesetas, es decir el 23.6% de todo el presupuesto del Régimen Agrario. En cuanto a las prestaciones económicas de este Régimen, gestionadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, ascienden en 1984 a 499 600 millones de pesetas que representan el 77.8% del presupuesto del Régimen Agrario. Las pensiones agrarias suponen el 28% de todas las pensiones de la seguridad social, pero sólo el 26% del importe global, debido a que la pensión agraria media es menor que la pensión media del Sistema de Seguridad Social. Al primero de abril del corriente año, la pensión media del Régimen Especial Agrario para los trabajadores por cuenta ajena era el 92.8% de la pensión media del Sistema, y para los trabajadores por cuenta propia, el 91.6%. Esta diferencia será reducida progresivamente al reformarse el sistema de financiación del Régimen Agrario.

La gestión del Régimen Agrario en el ámbito local se realiza mediante concierto con las cámaras agrarias locales (instituciones profesionales con representantes de los diferentes sindicatos agrarios) lo que permite un fácil acceso de los afiliados en todo el territorio nacional, evitando desplazamientos al beneficiario.

En cuanto al desempleo rural, éste no afecta al sector agrario tan profundamente como a la economía industrial. Los parados del sector agrario en el primer trimestre de 1984 representan sólo el 6.5% de los desempleados; sin embargo, el desempleo rural se encuentra muy localizado geográficamente, lo que agrava su incidencia. Los parados agrarios tienen mayor edad que el resto: mientras que en éstos predominan los menores de 25 años, el 60% de los desempleados rurales tienen más de 25 años y su situación de necesidad se agrava por las responsabilidades familiares adquiridas.

Actualmente los trabajadores agrarios fijos, en situación de desempleo, tienen las mismas prestaciones que el resto de los trabajadores por cuenta ajena. Sin embargo, el mayor problema del desempleo rural se origina en los trabajadores eventuales. Para ellos se estableció en 1970 el Programa de Empleo Comunitario que mezclaba la finalidad asistencial y la generación de empleos que demostró poca eficacia y despilfarro de recursos, por lo cual un nuevo sistema ha entrado en vigor este año, separándose así la función asistencial y la de empleo rural.

El subsidio de desempleo se establece para los trabajadores agrarios eventuales que hayan cotizado a la seguridad social un mínimo de 60 jornadas durante los doce meses anteriores a su desempleo (criterio que no se exige durante este año como transición) y se aplica en las zonas geográficas con tasas de paro sectorial por encima de la media. El Plan de Empleo Rural se realiza mediante convenio de la administración con entes públicos capaces de ejecutar obras de todo tipo.

Los servicios sociales para el medio rural son escasos. El Instituto Nacional de Servicios Sociales tiene una amplia red de residencias y clubes para la tercera edad, y centros para rehabilita-



ción de minusválidos que están ubicados en núcleos urbanos donde la demanda de servicios es mayor; esto obliga al alejamiento del usuario rural de su medio habitual de vida. Es preciso desarrollar programas sociales rurales, especialmente en lo referente a la tercera edad, porque los ancianos de los pequeños municipios son quienes tienen menos ingresos y se encuentran más aislados. Algunas experiencias piloto de atención domiciliaria a la tercera edad rural y de microrresidencias en núcleos rurales, que se vienen haciendo mediante concierto con entidades no lucrativas, deberán hacerse extensivas a otras zonas. Es preciso también trasladar al medio rural las experiencias urbanas de coordinación de instituciones públicas y privadas de servicios sociales (Cáritas, Cruz Roja, etcétera).

El gasto del Régimen Especial Agrario en servicios sociales asciende a 8 300 millones de pesetas, lo que representa el 1.2% del Régimen Especial y la cuarta parte de todo el gasto de la seguridad social en servicios sociales.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad social tiene en estudio la realización de una encuesta en los hogares para obtener una estimación del volumen de población rural que se encuentra por debajo del umbral de pobreza (que algunas estimaciones sitúan en el 10% de la población rural, es decir, unas 668 mil personas) y las características principales de este sector necesitado.

La administración local tiene competencia en materia de asistencia social, pero el gasto medio por habitante en esta esfera resulta proporcional al tamaño del municipio, y los municipios rurales no disponen de la suficiente capacidad de gasto, por lo que es preciso establecer una coordinación financiera entre las distintas instituciones públicas. La futura Ley de Servicios Sociales plantea esta coordinación, para establecer centros básicos de servicios sociales en cada comarca desde los cuales poder actuar en la marginación rural.

La seguridad social española que ha partido de un esquema profesional contributivo para irse abriendo a una globalización de beneficiarios (la asistencia sanitaria alcanza hoy al 90% de la

población de España) debe adecuarse al mandato constitucional que señala el establecimiento de un sistema público de seguridad social para todos los ciudadanos, con sistemas complementarios libres.

Actualmente se está llevando a cabo una reforma del sistema de protección social. Se van a presentar próximamente al Parlamento español: la Ley de Pensiones de la Seguridad Social, la Ley de Fondos Complementarios de Pensiones, la Ley General de Sanidad y la Ley de Servicios Sociales; posteriormente se aprobará una Ley de Pensiones Asistenciales para los ciudadanos sin seguridad social. Preside todas las leyes citadas el espíritu de universalizar la protección social, racionalizar la gestión, mejorar la equidad contributiva, fomentar la participación de entidades no lucrativas, y garantizar la debida asistencia en las zonas deprimidas, para que sea un hecho el desarrollo social del mundo rural en un marco público de libertades.



MONOGRAFIA RELATIVA A LA EXTENSION  
DE LA PROTECCION SOCIAL A LOS  
GRUPOS MARGINADOS DE LAS REGIONES  
RURALES DE CAMERUN\*

Honorée Denise Epée Née Kotto Mouyema \*\*

\* Documento presentado por el Fondo Nacional de Previsión Social de Camerún.

\*\* Directora Adjunta de Prestaciones de la Caja Nacional de Prevención Social de Camerún.



Las solicitudes crecientes presentadas por el mundo rural a los gobiernos, su importancia, así como el papel fundamental del sector agrícola en el desarrollo económico de Camerún, han coadyuvado a reevaluar este sector ante los ojos de todo el mundo.

En Camerún, como la protección social no se aplica más que a los trabajadores asalariados (a todos los sectores, incluso el sector primario), lo que queda marginado son las zonas rurales. Los problemas que presenta la protección de estos grupos marginados, en esas zonas, no pueden por ello disociarse de los de la población rural en general.

Considerando las responsabilidades otorgadas por la legislación de Camerún en materia de protección social de la población, la Caja Nacional de Previsión Social de Camerún había previsto, desde 1980, la posibilidad de extenderse a la zona rural en beneficio de algunas de las prestaciones que se otorgan a los trabajadores del sector privado y a los agentes del Estado, no funcionarios.

La rama de las prestaciones familiares se había detenido en un estudio realizado con el propósito de asegurar la viabilidad de tal extensión. Nos referimos a la evidencia necesaria para el conjunto del mundo rural, multiplicando por cuatro el presupuesto para el ejercicio de la Caja durante 1980 y 1981, para aplicarlo a las zonas rurales reagrupadas en cooperativas agrícolas y así al menos duplicar este *bridget*, sin contar con que no era fácil encontrar en la economía nacional aquellos agentes económicos capaces de pagar las cotizaciones inherentes a este proyecto.

Los conceptos de mutualidad (el papel de la mutualidad se reconoce a las cooperativas agrícolas) y solidaridad nacional (desafortunadamente las cotizaciones de los patrones del sector privado representan sólo el 4% de la población activa del país), en la época de intervención de la caja en las zonas rurales, no lograron justificarse sin correr el riesgo de arrastrar el desequilibrio de la institución a causa de la única rama de prestaciones familiares.

Una segunda tentativa se definió después de 1983. Esta tenía por objeto otorgar prestaciones familiares a los jefes tradicionales

que ejercen un nivel local de funciones administrativas municipales o comunales como representantes del Ministerio de Administración Territorial. A la fecha, el nuevo censo establece que existen 400 jefes tradicionales con un promedio de 11 hijos por cabeza.

A la inversa de la primera tentativa, los jefes tradicionales reciben una remuneración del Ministerio de Administración Territorial, y se piensa que éstos pueden asimilarse a los agentes del Estado no funcionarios y, que a este título, se pueden reclamar sus cotizaciones al Ministerio de Finanzas.

Sucesivamente abordaremos las grandes líneas de las políticas del gobierno del Camerún que, esencialmente, abordan la protección sanitaria y social en las zonas rurales. Después les comunicaremos las conclusiones del estudio realizado en 1980, mientras esperamos el que está en proceso, relativo únicamente a los mencionados jefes tradicionales.

### **LAS GRANDES LINEAS DE LA POLITICA SANITARIA Y SOCIAL LLEVADA A CABO POR EL GOBIERNO DE CAMERUN EN LA ZONA RURAL**

El sistema de salud en Camerún, esencialmente estructurado por el Estado, se caracteriza por los centros de salud abiertos a lo largo del territorio nacional, teniendo en cuenta el nivel de salud de las poblaciones y las principales enfermedades encontradas en cada localidad. En general, el Estado construye los edificios con un mínimo de equipo, proporcionando a la población cuidados médicos primarios, a través de equipos de salud, realizados por una enfermera ayudada por asistentes y una partera que vive en la localidad.

En los centros de salud "desarrollados", que son los equipos de salud más sólidos cuantitativa y cualitativamente, se pueden encontrar técnicos en cuidados de enfermería, con la posibilidad de realizar actividades comunitarias también.

A nivel de departamento existen más y más hospitales, dirigidos por un jefe médico al que ayudan varias enfermeras, y otro per-

sonal paramédico (como parteras, técnicos laboratoristas, técnicos farmacéuticos) que tienen la posibilidad de realizar trabajos de profarmacia. A falta de un consultorio, la población rural puede adquirir producción farmacéutica a precios razonables. El jefe médico del hospital cuenta con la asistencia de un director en medicina preventiva y rural, que supervisa las sesiones de vacunación, la lucha contra las enfermedades infecciosas (paludismo, bilharziasis, etc.) y coordina las actividades de los centros de salud.

El objetivo "Salud para todos en el año 2000", expresado en la conferencia de la OMS y la UNICEF en Alma-Ata, en 1978, ha permitido integrar la atención primaria a la salud dentro de un sistema nacional de salud que ya había sido implantado.

En el Ministerio de Agricultura se han tomado una serie de medidas para ayudar a la producción agrícola, proporcionando semillas, productos fitosanitarios y abonos para que los agricultores logren aumentar su productividad agrícola.

Las sociedades que actúan como marco para la asistencia técnica y de producción (SEMRY y SODEBLE) lo hacen para compensar las fluctuaciones de precios de los productos básicos en su comercialización (ONCBP) y también para la comercialización de víveres (MIDEVIV).

En el campo de la producción animal (SODEPA) existe una asistencia veterinaria y zootécnica bien organizada. Los agricultores y criadores de ganado se han reagrupado en cooperativas. Existe un fondo de ayuda al desarrollo rural, y una especie de banco de agricultores (FONADER), que facilita el otorgamiento de créditos a los agricultores para la compra de semillas y otros productos agrícolas.

El gobierno está realizando otros esfuerzos en el campo de la enseñanza y la formación profesional en las zonas rurales; se han puesto a disposición de los agricultores, promotores agrícolas para vigilar que se haga un uso juicioso de los productos fitosanitarios y de las máquinas agrícolas. Además, se creó un centro de fabricación y experimentación de maquinarias agrícolas.



En cuanto a la protección contra los riesgos que afectan a la producción, se han puesto a disposición de los agricultores y otros campesinos seguros mutualistas agrícolas abiertos en toda la extensión del territorio nacional, en contra de cualquier calamidad natural y para garantizar el crédito agrícola.

De todo lo anterior, se puede deducir que el gobierno de Camerún siempre ha realizado esfuerzos con miras a un desarrollo integral del mundo rural. Es por ello que a título justo la Caja Nacional de Previsión tenía, en 1980, aparte de presiones adicionales, la idea de abrir el paraguas social a las zonas rurales.

Para ello, era necesario: a) conocer el monto total de prestaciones familiares en francos que ésta se vería obligada a pagar además de los cargos administrativos que de ello se desprenderían; b) determinar dónde se encontrarían los agentes económicos susceptibles de llevar la carga de estos gastos, que sería equivalente a conocer los datos relativos a la población que era necesario cubrir, los efectos benéficos que la extensión prevista tendría a mediano y largo plazos y las razones de seguridad o igualdad que de ello resultarían.

## **EL ESTUDIO REALIZADO EN 1980 POR LA CNPS SOBRE LA EXTENSION DE LAS PRESTACIONES FAMILIARES AL MUNDO RURAL**

### **A. La estimación del gasto complementario en que se incurriría con la extensión de las prestaciones familiares al mundo rural**

Se trata de conocer el número de habitantes cubiertos y el número de niños que tienen derecho a las prestaciones familiares. Al gasto total obtenido a través de la multiplicación de esa cifra por la tasa de asignación concedida, tendríamos que agregar ese resultado y el número todavía mayor de gastos médicos, asignaciones prenatales y posnatales (asignaciones maternas), más las indemnizaciones salariales y, finalmente, los gastos administrativos.

### **A-1 El conocimiento de la población cubierta**

Las cifras comunicadas por el Ministerio de la Economía y el Plan muestran que la población rural de Camerún podría estimarse en 5 713 620 habitantes, de los cuales el 40%, es decir, 2 285 448, son activos.

Sabiendo que cada persona activa es un asegurado social en potencia, si logramos cubrir el conjunto de la población rural activa, y además conociendo que actualmente en nuestros archivos bajo el subtítulo "Número de asignaciones" existe aproximadamente un número igual de 0.6 asegurados sociales, podemos calcular el número de habitantes en 1 371 268, la cifra probable de derechohabientes potenciales en la zona rural.

Ahora debemos determinar la cifra de niños que tendrán derecho a las prestaciones sociales del jefe derechohabiente potencial.

El tamaño promedio de hogares rurales determinado por el último censo de población es de 5.2 individuos por familia. Lo que hace suponer el número promedio de niños por hogar es de tres.

Además ha quedado establecido que en un país como Camerún la relación entre el número de niños beneficiados por las prestaciones sociales es igual a 2.5, lo que nos daría un promedio de 3 428 272 niños por 1 371 268 derechohabientes rurales.

### **A-2 El gasto anual en prestaciones familiares**

La tasa actual de asignaciones familiares es de 12 000 francos por año y por niño. Para una cifra de 3 428 173 niños tendremos que gastar la colosal suma de 41 138 064 000 francos CFA, a la cual conviene agregar las demás prestaciones, a saber: gastos médicos, asignaciones prenatales, asignaciones de maternidad e indemnizaciones a trabajadores.

Hemos observado que en vista de los regímenes que actualmente administramos, las asignaciones familiares, por sí solas, constituyen el 83% de los gastos generales de las prestaciones familia-

res, en forma tal que, en definitiva, el gasto total en prestaciones familiares sería igual a:

$$\frac{4\,138\,064\,000 \times 100}{83}, \text{ es decir, } 49\,563\,932\,530 \text{ FCFA.}$$

### A-3 Los gastos administrativos

La evolución de los gastos administrativos relativos a las diversas ramas que administramos presentan el siguiente cuadro:

1976/77	1977/78	1978/79	1979/80
3 726 328 697	6 319 179 380	1 952 771 776	4 419 664 288

Las fluctuaciones observadas se explican por la importancia variable entre un ejercicio y otro del capítulo 769 (los otros gastos de capital) bajo el título general de "Gastos administrativos". El ejercicio 1978-1979 es el único que no ha estado sujeto a la influencia de ese capítulo. Hemos considerado juicioso calcular unos dos mil millones de francos CFA como gastos administrativos propiamente dichos y ligados al funcionamiento de las tres ramas.

¿Cómo conocer la parte que le toca a prestaciones familiares entre esos dos mil millones de francos?

Nadie duda que, actualmente, los medios aplicados para la buena marcha de nuestros servicios son en mucho absorbidos por la rama de las prestaciones familiares, que además utiliza en nuestros centros casi la mitad para el pago del personal administrativo. Por ello nos vemos tentados a decir que la rama de las prestaciones sociales consume como el 50% de los gastos de funcionamiento mencionados, es decir, como mil millones de francos CFA. Entonces, si para administrar un archo de cerca de 150 000 beneficiarios gastamos mil millones de francos, ¿cuánto gastaremos en 1 371 268 nuevos derechohabientes? Respuesta: 9 141 786 665 FCFA.

En definitiva, la extensión de las prestaciones familiares al mundo rural, sobre todo tomada en su conjunto, actualmente nos impondría un gasto global anual de:

Gastos técnicos únicamente	49 563 932 530
Gastos administrativos	9 141 786 665
Total	<u>58 705 719 195</u>

Necesitamos entonces cerca de 60 mil millones de francos CFA por año para pagar las prestaciones familiares del mundo rural.

Es evidente que nuestro presupuesto, por sí solo, no podrá jamás soportar un gasto de esta naturaleza, ya que el mundo rural está formado por un 40% de población activa, mientras que los que nosotros administramos actualmente no cubren más que el 4% de la población activa del país, y las cotizaciones liberadas del hecho de que estos regímenes, inclusive complementados por otros recursos de capital, jamás podrán permitir la viabilidad de la extensión que nosotros deseáramos prever.

Por lo tanto hay que garantizar la solvencia del régimen aumentado y determinar así los sectores de la vida económica que pueden soportar los gastos más elevados.

### **B. La determinación de los sectores de actividades que puedan soportar la carga complementaria**

El financiamiento de los regímenes de seguridad social tomará sus fuentes de la transferencia de ingresos de los sectores económicos más ricos a través de otros sectores menos favorecidos o todavía afectados por ciertas eventualidades que son susceptibles de reducir sus ingresos. Esta transferencia puede efectuarse mediante impuestos o cargas de naturalezas análogas llamadas cotizaciones.

La tesis del financiamiento por impuesto que consiste en incluir en éste una suma total, es decir, la participación de cada derechohabiente en el gasto de prestaciones familiares, nunca logró la atención de los que instrumentaron esa rama en Camerún. Al contrario, ellos prefirieron el financiamiento a través del giro de cotizaciones; más aún, excluyeron la participación del beneficiario y retuvieron sólo la participación del patrón, que por sí solo debía sobrellevar toda la carga del conjunto de los gastos.

Se debe entonces reconsiderar esta posición tratándose del mundo rural, porque hasta este punto el ganadero, el artesano o el agricultor son sus propios patrones, o mejor dicho, trabajadores independientes, en oposición a los trabajadores asalariados, definidos por el artículo 1o. del Código de Trabajo. En otros términos, el financiamiento a través del impuesto ¿debe retenerse?

La respuesta a esta pregunta está ligada a la estructura implantada por el gobierno para agilizar más el mundo rural: las cooperativas que reagrupan a cerca de 2 000 000 de agricultores, cuya organización hace un llamado al sistema contributivo que se basa a ratos en los impuestos y a ratos en una cierta forma de cotización llamada parte social. Por lo tanto, deben ustedes conocer la organización de esas cooperativas.

### **B-1 La organización de las cooperativas**

Se trata de agrupaciones multifuncionales que se dedican exclusivamente a la agricultura.

Existen varias de éstas en cada departamento salvo en las provincias del sudoeste o el noroeste en donde al menos existe una mayor tendencia hacia el reagrupamiento.

El mapa de cooperativas muestra 310 agrupaciones rurales en el conjunto del territorio, distribuidas en la siguiente forma:

— Cooperativas agrícolas (nivel departamental)	72
— Cajas populares	215
— Otras cooperativas	23

Estas cooperativas reúnen y venden a los exportadores o a la Oficina Nacional de Comercialización de Productos Básicos Rurales. De todas formas, son los 2 000 000 de agricultores quienes utilizan los servicios de las cooperativas como miembros adherentes o usuarios.

Los miembros adherentes son los propietarios de las cooperativas y cada uno juega la parte social cotizando un impuesto glo-

bal que constituye el capital de las cooperativas, mientras que los usuarios utilizan las cooperativas en el momento de la comercialización de los productos.

Además del papel social, el capital social de las cooperativas está constituido por las comisiones pagadas por los exportadores al final de cada campaña. Estas comisiones a su vez se reparten, después de descontar los cargos de la campaña, en tres partes:

- Las reservas estatutarias
- Las inversiones (promoción y desarrollo del mundo rural)
- El resto se reparte entre los adherentes

Las cifras que aquí aparecen se presentan para darles una idea del capital social de ciertas cooperativas.

— Centro Sur (Lekie)	65 000 000 FCFA
— Oeste	140 000 000
— Norte	169 014 381
— Litoral	72 254 068
— Este	9 115 737

No hemos podido obtener las cifras relativas a las cooperativas del suroeste, ni del noroeste, o del resto de la zona centro sur, pero ya podemos contar con una suma de casi 500 mil millones de francos CFA como capital social mínimo de estas cooperativas. Además, el análisis del estado actual de los ingresos de las cooperativas produce un excedente neto de explotación de 2.5 mil millones de francos, sin contar con que los descuentos sobre los precios LAB de café y cacao nos han permitido constituir una fuerte potencia financiera. La Oficina Nacional de Comercialización de los productos básicos, cuyo presupuesto representa casi la mitad del presupuesto nacional, al primero de julio de 1978 tenía una reserva de más de 45 mil millones depositados en la tesorería.

Tomando en cuenta todo lo anterior, tal vez sería bueno no proveer la extensión de las prestaciones familiares más que al mundo rural organizado, es decir, a los que utilizan las cooperativas y

por ello financian el ONCPB. Por supuesto, en la capa superior de los gastos en prestaciones familiares (PF) quedaría la suma de 60 mil millones de francos CFA que corresponden a la cobertura del conjunto del mundo rural, porque hay que prever los efectos de capacitación que son inherentes a las ventajas innegables que la introducción de la rama de las prestaciones familiares representaría para la población rural, así como el aumento de las prestaciones que de ello se desprendería automáticamente.

### **B-2 Cálculo del gasto de extender las PF únicamente al mundo rural organizado**

El número de nuestros afiliados a las cooperativas se ha estimado en 682 574 de los 2 000 000 de individuos que agrupan a las cooperativas en los períodos pico.

Estos se distribuyen en la siguiente forma, por provincia:

Centro sur (sin tener en cuenta a Lekie)	59 425
Suroeste	14 094
Lekie	30 000
Noroeste	35 960
Norte	376 852
Oeste	100 000
Litoral	59 040
Este	7 203

El número bastante elevado de afiliados en la provincia del norte puede explicarse a través del hecho de que ahí la cotización está incorporada al impuesto global.

Al retomar el razonamiento que aplicamos en la primera parte de nuestro estudio con 682 574 miembros que representan el número total de activos probables, en esta segunda hipótesis para extender los PF únicamente al mundo rural organizado, encontramos:

NA o número total de población activa	682 574
---------------------------------------	---------

Número total de derechohabientes = 60% de NA = Na 409 544

Número total de niños = 2.5 × Na = NE 1 023 861

Gastos en asignaciones familiares por año:

12 000 × NE = DAF 12 286 332 000

Gastos en prestaciones familiares por año:

$\frac{DA \times 100}{80} = DT$  15 357 915 000

En este caso llamaremos a los gastos en PF "gastos técnicos"; tenemos entonces: DT = 15 357 915 000 francos CFA.

Calculemos los gastos administrativos.

Si para la administración de 150 000 derechohabientes que actualmente tenemos en nuestro archivo hemos gastado cerca de mil millones de francos CFA, ¿a cuánto ascendería entonces la administración de 409 544 derechohabientes adicionales?

$$DA = \frac{1 \text{ Md} \times 409 544}{150 000} = 2 730 293 000 \text{ francos CFA}$$

En definitiva el gasto total DT ÷ DA = 15 357 915 000 +  
2 730 293 000

$$DT \div DA = 18 088 208 000 \text{ FCFA}$$

Así, en la hipótesis de que la tasa de asignaciones familiares no varía o en la que limitamos la extensión de los beneficios de las prestaciones familiares únicamente al mundo rural organizado, no obtenemos más que un gasto igual a la tercera parte del gasto de 60 mil millones calculado inicialmente para la hipótesis de la cobertura total del mundo rural.

Como ya dijimos antes, sería más indicado no prever durante la primera etapa una extensión de estos servicios más que a esta población más accesible, cuyos productos pasan en el momento



de comercialización a través de los grupos de agentes económicos a los que podemos atender fácilmente. Por ejemplo:

- Las cooperativas
- Los intermediarios
- La Oficina Nacional de Comercialización de los productos básicos

**B-3 La distribución total de las prestaciones entre las tres categorías de agentes económicos que constituyen:**

- Las cooperativas de adhesión de los agricultores.
- Los intermediarios si hay lugar.

**La Oficina Nacional de Comercialización de los Productos Básicos (ONCPB)**

Si conjuntamos el gasto total de 18 088 208 000 francos CFA que nos cuesta el pago de prestaciones familiares únicamente al mundo rural agrupado en las cooperativas, obtendríamos un gasto de 27 000 FCFA por cabeza al año.

Esta cifra curiosamente se asemeja al gasto por derechohabiente de las prestaciones familiares actualmente otorgadas por la CNPS.

Teniendo en cuenta que el ingreso anual promedio del campesino de Camerún se ha calculado en cerca de 140 000 francos CFA por año, será necesario aplicar una tasa de cotizaciones del 19% cada año, cotizaciones que serán pagadas a la CNPS.

Las cifras que acabamos de mencionar no se han presentado más que a título indicativo e incluyen a los agentes económicos presentados como susceptibles de sobrellevar los gastos en las cooperativas, los intermediarios (que están desapareciendo) y la ONCPB. Serán los poderes públicos los que decidan una vez que tengan toda la información necesaria.

La misión de mutualidad devuelta a las cooperativas es suficiente para instrumentar la parte que les toca en el otorgamiento de las prestaciones familiares a los miembros de las cooperativas y justificar el aumento del poder adquisitivo de los campesinos que de ello se desprendería.

En cuanto a las reservas substanciales de la ONCPB (45 mil millones de francos en 1978), según la tesorería, su papel compensatorio en las fluctuaciones en los precios de los productos agrícolas y los reembolsos que se podrían distribuir como símbolo de aliento a los agricultores cuya productividad aumenta sin cesar, determinarían la intervención de esta organización para abrir la rama de las prestaciones sociales al mundo rural.

La atención de los poderes públicos debe dirigirse hacia las consecuencias de la extensión prevista a mediano y largo plazos. En efecto, las prestaciones familiares en algunos países casi siempre tienen como consecuencia el aumento de las tasas de natalidad en la zona rural más que en las zonas urbanas.

De esto se desprenderán repercusiones en los gastos de servicios de salud y educación, además de gastos en la economía del país en general y para los créditos de inversión en particular.

Dentro de la CNPS, el acceso de los campesinos a las prestaciones familiares producirá su adhesión en masa a las cooperativas, aumentando así el número de derechohabientes potenciales de las prestaciones familiares, sin olvidar las reclamaciones del tipo de cobertura contra riesgos profesionales en el medio rural, demandas de pensiones de vejez, invalidez o muerte, con todas las dificultades que esto desencadenaría y que están ligadas al predominio de parcelas de tipo familiar y a la naturaleza estacionaria de los trabajos rurales.



MONOGRAFIA RELATIVA AL GRUPO  
DE LOS MARGINADOS RURALES  
EN LA COSTA DE MARFIL\*

Paul Lambin\*\*

\* Ponencia presentada por la Caja Nacional de Previsión Social de la Costa de Marfil.

\*\* Director General de la CNPS de la Costa de Marfil.



Por la importancia de las sumas que descuenta y distribuye, la seguridad social surge hoy día como la principal forma de protección contra los riesgos sociales. Estos riesgos corresponden a dos categorías de contingencias más o menos previsibles pero que económicamente son perjudiciales para aquellos a quienes afectan. Unas impiden que las personas ejerzan una actividad profesional y, consecuentemente, que perciban el ingreso que obtendrían por su trabajo. Las otras equivalen a cargas excepcionales cuya aparición implica el riesgo de que disminuya el nivel de vida: cargas familiares, gastos por atención médica, etcétera.

Frente a los desequilibrios ocasionados por las necesidades y su cobertura mediante los ingresos pecuniarios, la seguridad social tiene como objetivo garantizar a cada persona un mínimo de recursos por medio de sistemas de prestaciones convenientes. Como el financiamiento de estas prestaciones está asegurado esencialmente con las cotizaciones obligatorias y los impuestos, la seguridad social se presenta como un mecanismo de solidaridad colectiva, organizado a escala nacional.

En la Costa de Marfil, este mecanismo de solidaridad colectiva se ubica en dos niveles:

1. En el de funcionarios y empleados del Estado, la protección está asegurada por:

- La Mutualidad de Funcionarios y Empleados del Estado (seguro de enfermedad)
- La Dirección del Sueldo (prestaciones familiares)
- La Caja General de Jubilación de los Funcionarios (pensión por vejez)

2. Para los trabajadores del sector privado, el sistema de protección es atendido y administrado por la Caja Nacional de Previsión Social.

Se puede constatar fácilmente que sólo los funcionarios y empleados del sector privado están cubiertos por el sistema de seguridad social en vigor. Pero veremos cuál es la suerte reservada a los trabajadores independientes constituidos en células familiares (agricultores, artesanos y pequeños comerciantes y de algunos peones permanentes o temporales que son miembros con plenos derechos del grupo que en adelante denominaremos en esta monografía como "los marginados rurales"):

a) Integrados en su mayor parte por agricultores, los marginados rurales constituyen una población cuyas características son las siguientes:

- De 1960 a 1975 la población de esta categoría tuvo un crecimiento de 2.5% anual.
- De 1976 a 1980, esta tasa bajó a 1.8%.
- Esta población está envejeciendo debido al éxodo rural de los jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad.
- Dicho éxodo rural, que continúa, es constante debido al bajo nivel de ingresos a causa de la caída de los precios de los productos agrícolas y a los desastres nacionales que hacen estragos en el medio rural.
- Esta población está dispersa por todo el territorio nacional y generalmente se agrupa en aldeas y plantaciones lugareñas y tiene enormes carencias en lo referente a salud, educación, formación profesional y vivienda.

b) Para responder a sus necesidades e intentar mantener a esta población en el mismo lugar, el Estado ha creado programas específicos y varias instituciones.

- En lo referente a la cobertura sanitaria, en todas las ciudades pequeñas y en casi todos los pueblos grandes se han creado dispensarios y centros de salud rural.

Estas instituciones han sido construidas por el Estado o por los mismos aldeanos. El personal y el funcionamiento son manejados por el Estado.

- En el renglón educativo, la escuela ha aparecido igualmente en la casi totalidad de los pueblos.

Así también, el funcionamiento es garantizado completamente por el Estado, mientras que la construcción de los edificios en algunos casos es realizada por los mismos campesinos.

La formación profesional y el marco técnico son atendidos por organismos especializados, creados por el Estado y constituidos en sociedades paraestatales:

- La Sociedad de Asistencia Técnica para la modernización Agrícola de la Costa de Marfil (SATMACI), cuya función es encuadrar a los campesinos dentro de los principales cultivos de exportación (café-cacao) primero y después en los cultivos alimenticios para dichos campesinos. Promover las técnicas de cultivo con el fin de mejorar la calidad y el rendimiento.
- La Sociedad de Estado para el Desarrollo de la Producción de Frutas y Legumbres de la Costa de Marfil (SODEFEL), cuya función es asesorar a todos los cultivadores de frutas y legumbres, con vistas a mejorar la producción.  
Ayudar a los productores de la Costa de Marfil.  
Compensar los desequilibrios regionales.  
Ayudar a los jóvenes campesinos instruidos para permitir su inserción en la vida rural.
- La Sociedad de Desarrollo de la Producción Animal (SODEPRA), cuya función es capacitar técnicamente a los campesinos en la cría y comercialización de Bovinos.
- La Sociedad para el Desarrollo de la Palma (SODEPALM) cuya función es la asistencia técnica a los plantadores de palma de aceite, cocoteros, arroz y yuca.

Para facilitar la intervención de estas instituciones, los campesinos han sido reunidos en Grupos con Vocación Cooperativa (GVC)



c) Además de estos programas, totalmente financiados por el Estado, existe una mutualidad agrícola: la Mutualidad Agrícola de la Costa de Marfil creada en 1963, con el fin de hacer frente a la necesidad de un ingreso mínimo avalado mediante garantías de seguros, sobre la persona y los bienes adaptados a la situación de los campesinos. Hoy día, sus actividades abarcan:

- La agroindustria.
- Las plantaciones aldeanas.
- Las actividades de pastoreo y piscícolas.

Sin embargo, la Mutualidad Agrícola de la Costa de Marfil no funciona como una institución en donde la afiliación es voluntaria y con una cotización anual fijada en forma global, según la cobertura.

Asegura a los campesinos por :

- responsabilidad civil del jefe de familia;
- responsabilidad civil del agricultor;
- accidente individual;
- accidente de trabajo;
- por enfermedades,

Daños directos:

- Incendio.
- Mortalidad del ganado.
- Seguro del material de trabajo.

Daños indirectos:

- Pérdida de la explotación después de un incendio.
- Seguro de jubilación y fallecimiento.

Estos son, en forma sucinta, algunos de los problemas vinculados en la protección social de los trabajadores rurales. No es necesario señalar el importante papel que podrían desempeñar la Mutualidad Agrícola y las instituciones de seguridad social.

Esta función es mucho más perceptible en la investigación de los medios de financiamiento de los proyectos agrícolas y, principalmente, en caso de fallecimiento del responsable de un núcleo familiar de marginados que quedan sin recursos y cuyos miembros estaban a cargo del fallecido.

Tomando en cuenta que los trabajadores rurales no están protegidos ni por el sistema de seguridad social de los empleados al servicio del Estado, ni por la Caja Nacional de Previsión Social que asegura a los trabajadores del sector privado, se puede afirmar que dichos trabajadores están fuera del sistema de seguridad social de la Costa de Marfil.

En efecto, la afiliación a la Mutualidad Agrícola es voluntaria y los programas de asistencia técnica y de ayuda financiera del Estado entran más bien en el campo de ayuda a los agricultores.

Por el momento, no se puede hablar de proyectos futuros, sin embargo en el Ministerio de Asuntos Sociales se están llevando a cabo estudios para evaluar las posibilidades de extender la seguridad social al sector agrícola.



# LA EXTENSION DE LA PROTECCION SOCIAL EN GABON: CONSOLIDACION DEL DESARROLLO\*

Jean Victor Gruat\*\*

- \* Este artículo se publicó en la *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 123, No. 4 (julio-agosto de 1984). Su reproducción en inglés y francés, su traducción al español, así como su utilización para la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, han sido autorizadas por la Revista.
- \*\* Consejero de Orientación y Planificación Social de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT).



Una característica común de la mayoría de los países africanos de habla francesa situados al sur del Sahara es que poseen regímenes de seguridad social relativamente bien organizados, pero únicamente para los asalariados y los trabajadores al servicio del Estado. Aunque no tienen los niveles de desarrollo de sus contrapartes, estos regímenes<sup>1</sup> representan una ventaja segura para sus beneficiarios sobre las demás categorías de la población, particularmente los agricultores, pequeños comerciantes y artesanos.

A pesar de basarse en la solidaridad —uno de los valores tradicionales del continente— los regímenes de seguridad social generalmente excluyen a las categorías numéricamente más amplias, es decir, precisamente los menos favorecidos en términos de bienestar social. Esta situación, además, obstaculiza los esfuerzos de los gobiernos para lograr que las personas continúen trabajando la tierra en estos jóvenes Estados, muchos de los cuales aún están lejos de lograr la autosuficiencia alimentaria, que es una de las principales prioridades para el futuro.

La OIT, por ejemplo, en un informe preparado para la Quinta Conferencia Regional Africana,<sup>2</sup> hizo constar que:

“La existencia en el sector urbano de medidas de seguridad social que no existen en el rural y cuya necesidad se hace sentir cada vez más, debido a la evolución de las condiciones en las zonas rurales, refuerza el atractivo de las ciudades, sobre todo cuando estas medidas ya son antiguas y, por lo mismo, muy conocidas como prestaciones familiares, [que] indudablemente, atraen a los trabajadores rurales... no parece posible disminuir las migraciones en el campo. Mejores condiciones de vida incluyen una seguridad social efectiva”.

1. Para una descripción más completa de los regímenes de seguridad social africanos véase por ejemplo, P. Mouton: *La seguridad social en Africa*, Ginebra, OIT, 1975.
2. OIT, Mejoramiento y armonización de los sistemas de seguridad social en Africa, Informe II, Quinta Conferencia Regional Africana, Abidján, 1977, p. 41.

Esta situación preocupa a la mayoría, por no decir a todos los países de Africa. En varios estudios se ha llegado a la conclusión de que se debe ampliar la cobertura de la protección social, particularmente para los sectores más avanzados de la agricultura y de las artesanías. Sin embargo, en casi todos los casos, los proyectos concebidos no llegan a materializarse, básicamente por razones financieras pero también debido a las dificultades administrativas de dichas reformas.

Una de las conclusiones del seminario regional organizado por la OIT en Brazzaville para discutir los problemas de la protección social en las zonas rurales de los países africanos,<sup>3</sup> fue la siguiente:

“El estudio de una forma particular de protección social para trabajadores agrícolas, especialmente desde el punto de vista de garantizar ingresos y la implantación de servicios sanitarios y de salud, no debe hacer olvidar que por debajo de un nivel mínimo de producción y, por lo tanto de ingresos, la noción misma de seguridad social casi siempre está desprovista de significado. La existencia de las bases económicas y sociales necesarias para permitir que cada uno disponga de un nivel de vida suficiente para cubrir sus necesidades básicas, es en realidad una precondition para el establecimiento de medidas eficaces de protección social, en oposición a la asistencia social destinada a paliar las peores consecuencias de la pobreza”.

Desde el primero de julio de 1983, la República Gabonesa extendió en realidad la protección social a todos los ciudadanos dentro del marco del régimen de seguridad social existente, pero complementado con un nuevo régimen de “garantía social”. Este documento describe las circunstancias que permitieron a las autoridades gabonesas ser, en Africa, las primeras en llevar a ca-

3. Idem: Rapport du cours de formation régionale BIT-Norvège sur la sécurité sociale et la protection sociale des travailleurs agricoles dans les pays d'Afrique Francophone, Brazzaville, 18-31 de enero, 1982, Ginebra, 1982, p. 128.

bo una reforma radical y demostrar de qué manera se inserta ésta tanto en la política económica como en la social del país.<sup>4</sup>

### **LA SITUACION EN GABON: VENTAJAS DEL REFORMADOR**

Al igual que otros gobiernos de Africa, el de Gabón ha estado preocupado durante años —en un período que puede ser considerado como la consolidación del desarrollo— por encontrar la forma de proporcionar una adecuada protección social a toda la población, para que cada uno disfrute de un nivel razonable de bienestar.

Desde 1979, la seguridad social ha sido considerada como elemento clave de la protección, lo que se demuestra por el hecho de que, además de incluir una gama de medidas diseñadas para promover la diversificación de la economía, un desarrollo más racional del territorio y una mayor autosuficiencia alimentaria, el Plan Interino de Desarrollo Económico y Social (1980-1982) pretendía alentar una profunda discusión de las posibilidades de “ampliar la protección social a la población rural y a los trabajadores independientes”.<sup>5</sup>

Realizado a partir de junio de 1981 con la asistencia técnica de la Oficina Internacional del Trabajo, este proceso de reflexión produjo resultados tangibles dentro de un lapso notablemente corto.

Ciertamente Gabón disponía de ventajas sólidas para lograr su propio sitio. Según un estudio reciente,<sup>6</sup> la proporción de la

4. Los textos constitutivos del régimen gabonés de garantía social fueron publicados por *Gabon-Hebdo Informations*, BP 2240 Libreville. La ley que incorpora el código de garantía social aparece en el número 36 de abril de 1983 y su decreto de aplicación en el número 45 de agosto de 1983.
5. Véase República Gabonesa: Plan intérimaire de développement économique et social, 1980-1982, p. 22.
6. Asociación Internacional de la Seguridad Social: VIII Coloquio des directeurs des institutions de sécurité sociale des pays francophone d'Afrique, Bamako, 7-10 de diciembre de 1982, Ginebra, 1983.



población total directamente cubierta por el régimen de seguridad social para asalariados, que para los demás países africanos de habla francesa ubicados al sur del Sahara variaba entre 0.8 y 6.7%, en Gabón era del 13.6%. Si también se toma en consideración la cobertura de servidores públicos, más de un tercio de la población económicamente activa directamente involucrada en los sectores modernos estaba amparada por la seguridad social. En total, casi el 60% de toda la población de 1981 estaba asegurada, ya fuera directamente o como dependiente, por los regímenes existentes.

Consecuentemente, a diferencia de casi todos los demás países africanos, las categorías no cubiertas constituían una minoría. En particular, el sector de la agricultura de subsistencia — cuya situación social siempre ha sido considerada como más crítica — con el transcurso de los años se ha venido volviendo numéricamente poco importante.<sup>7</sup>

Un estudio basado en los resultados del censo efectuado en 1974 y 1975 dio a conocer, por ejemplo, que el número de familias dedicadas exclusivamente a las actividades agrícolas se había vuelto inferior al de las familias que incluían cuando menos a un asalariado o empleado público. Esta tendencia obviamente se ha reforzado bastante desde entonces debido al crecimiento de los sectores modernos (+ 25% de 1975 a 1983) y la consecuente aceleración de la migración rural-urbana.<sup>8</sup>

A principios de los años ochenta Gabón se encontraba, por lo tanto, en una posición favorable para concebir la extensión de la

7. En Gabón, la pequeña población agrícola y rural está muy dispersa y vive en unas 1 500 aldeas distribuidas en un territorio de 267 000 kilómetros cuadrados. En 1980 sólo 355 aldeas tenían más de 200 habitantes. En cuanto a las aglomeraciones urbanas, con excepción de las tres ciudades principales (Libreville, Port-Gentil y Franceville) tienen un promedio no mayor de 10 000 habitantes.

8. La tasa de crecimiento de la población en general se calcula en 2.2% al año, pero sólo en un 8% el de la población rural. La edad promedio de los trabajadores de las zonas rurales es de 51 años contra 33 años de los asalariados y empleados gubernamentales.

protección social, particularmente porque sus finanzas públicas tenían una posición saludable después del sobrecalentamiento económico de 1976-77 y su presupuesto iba en constante progresión, gracias a un producto interno bruto que en 1982 excedió los mil millones de francos CFA\* (más de 2 500 millones de dólares).<sup>9</sup> Este alto nivel, tanto en valor absoluto como en valor relativo a la población total (entre 0.7 y 1.2 millones de habitantes según las estimaciones), es resultado de la explotación de los recursos naturales (principalmente petróleo, pero también madera, manganeso, uranio y, muy pronto, mineral de hierro), una actividad del sector de servicios particularmente intensa y, en los años recientes, un verdadero desarrollo de la agroindustria.

Además, la extensión de la protección social podía ser razonablemente considerada como una prioridad, dado que las acciones emprendidas en otros campos hicieron posible contar con una infraestructura bien establecida y de alta calidad. La tasa de escolaridad en el nivel de primaria es de 90% o más en todas las provincias y el sistema de salud público es uno de los más altamente desarrollados en África: hay un médico por cada 2 500 habitantes<sup>10</sup> y una cama de hospital por cada 140 personas en todo el país.

Por otra parte, el sistema de seguridad social para los trabajadores era ejemplar, ya que ofrecía una gama de prestaciones particularmente amplia que abarcaba desde servicios tradicionales (pensiones, prestaciones por accidentes de trabajo, asignaciones familiares) hasta traslados al extranjero por motivos de salud, hospitalización en las instalaciones sanitarias de la Caja Na-

\* Franco CFA (moneda de la Comunidad Franco-Africana).

9 Un franco de la Comunidad Financiera Africana (franco CFA) equivale a 0.02 francos franceses.

10 En 1982, más de un tercio de los médicos y dos tercios de las camas de hospital estaban instalados en las provincias.

cional de Seguridad Social, medicamentos gratuitos y atención médica externa en todo el país.<sup>11</sup>

El éxito comprobado del sistema de seguridad social para los trabajadores, desde su creación a principios de los años sesenta, también jugó un papel importante en la decisión de las autoridades gubernamentales para ampliar la protección social a otros segmentos de la población. En realidad, esta operación se facilitó bastante debido a la existencia de una infraestructura administrativa capaz de satisfacer las formalidades necesarias involucradas en la identificación y el registro de las personas que serían afiliadas y el subsecuente pago de prestaciones.

Gabón está dividido en nueve provincias y un total de 50 distritos administrativos. Cada distrito cuenta con una oficina de registro y puede proporcionar los servicios básicos (oficina postal, policía, escuelas, salud, etc.) dentro de un radio razonable en todos los pueblos. Cabe hacer notar que los esfuerzos del gobierno en lo referente al registro, que con frecuencia es uno de los puntos débiles de los gobiernos en África, tienen el apoyo del Partido Democrático gabonés, cuyas secciones ubicadas en todos los grupos importantes de población están autorizadas para registrar los nacimientos y muertes acaecidos en la localidad.

Esta combinación de circunstancias convenció a las autoridades de que sería posible concebir una extensión de la protección local — en sí misma una operación deseable y necesaria — en condiciones aún más favorables de lo que hubiera podido esperarse.

## **LOS OBJETIVOS DE LA REFORMA**

Esta convicción se apoyó en cuatro necesidades esenciales relacionadas no sólo con las cuestiones sociales propiamente dichas, sino también con consideraciones administrativas o económicas.

11. Los medicamentos gratuitos y las consultas externas son proporcionados en los catorce centros médico-sociales con que cuenta la Caja Nacional de Seguridad Social fuera de Libreville.

Es tal su importancia para la correcta comprensión del origen del régimen gabonés de garantía social, que ameritan ser examinadas en forma detallada.

### **1. Ayudar a los más desprotegidos**

El deseo de restablecer y modernizar el régimen de asistencia para familias numerosas, introducido desde principios de los años sesenta,<sup>12</sup> marcó el punto de partida de desarrollos subsecuentes.

Siguiendo una práctica que era normal durante la época colonial, cuando el administrador distribuía pequeñas cantidades de dinero entre las familias rurales de su jurisdicción, el primer gobierno de la República Gabonesa instituyó el pago de una asignación por nacimiento a todos los partos realizados bajo supervisión médica, y asignaciones familiares anuales para las familias numerosas, cuyo jefe no fuera ni asalariado ni empleado del gobierno.

Estas asignaciones, que fueron concedidas dentro de los límites de los créditos disponibles y con base en las listas nominativas preparadas bajo la responsabilidad de los alcaldes y subprefectos, ascendieron en 1960 a casi el 85% del salario mínimo agrícola mensual en el caso de la asignación por nacimiento; en cuanto a la asignación infantil anual, aunque hubo variaciones de región a región, en general fue equivalente al 67% del mismo salario para las familias con tres o cuatro hijos y de 85% para las de cinco hijos o más.

Como una comparación, puede observarse que las asignaciones por nacimiento fueron equivalentes al 60% de las recibidas por los asalariados. Por otro lado, las asignaciones familiares para una familia con cuatro hijos equivalían únicamente al 4% de las prestaciones pagadas a las familias de asalariados con el mismo número de hijos.

12. Para una descripción más completa véase particularmente OIT: Rapport au Gouvernement de la République Gabonaise sur la sécurité sociale, Ginebra, 1962.

Aunque modestas, estas prestaciones eran vitales para las familias beneficiarias que difícilmente podían disponer de otras fuentes de ingreso en efectivo.

Dichas prestaciones siguieron pagándose durante los años sesenta y setenta, a través de los representantes locales de las autoridades gubernamentales y bajo la supervisión del ministerio responsable de los asuntos sociales.<sup>13</sup> Sin embargo, las muchas prioridades de un país cuyo proceso de desarrollo apenas había comenzado y cuyos recursos financieros eran bastante limitados, no permitieron que hubiera reajustes regulares de las cantidades asignadas. Por esta razón, a pesar de los esfuerzos realizados durante 1971 y 1975 al revisarse la legislación básica, las asignaciones por nacimiento en 1977 apenas ascendían al 28% del salario mínimo y las asignaciones familiares anuales para una familia con cuatro hijos eran del 22.7%, constituyendo una pérdida de casi dos tercios del poder adquisitivo en ambos casos.

El plan general para la recuperación económica y la reorganización de las finanzas públicas puesto en marcha para contrarrestar el sobrecalentamiento de la economía y el relajamiento relativo de 1976-77, anunció el fin del sistema de asignaciones para familias numerosas, en el que además se habían podido constatar varias deficiencias importantes en cuanto a la selección de beneficiarios y el pago real de las asignaciones.

A pesar de lo pequeñas que se habían vuelto las asignaciones familiares, su abolición afectó a las poblaciones rurales que se consideraban olvidadas por el progreso económico y social. Por otra parte, la eliminación de la asignación por nacimiento y, por lo tanto, del incentivo para que las mujeres dieran a luz bajo supervisión médica, significó un retroceso en esta área vital para un país poco poblado: por primera vez desde la independencia la tasa de partos en el domicilio aumentó, lo cual, en vista de las pre-

13. Confiar el servicio de asistencia infantil en las zonas rurales al Ministerio encargado de los asuntos sociales correspondió en la práctica a un cambio implícito en la naturaleza de estas prestaciones que, durante años, tuvieron el carácter de una medida de bienestar y, de ese modo, perdieron su significado original como genuinas prestaciones sociales.

carias condiciones de higiene que todavía son el común denominador en la mayoría de los poblados, nulificó mucho de lo que se había avanzado en materia de protección materno-infantil.

Este estado de cosas influyó bastante en la decisión de sostener profundas discusiones respecto a los medios para restablecer, sobre bases administrativas más sólidas, el pago de prestaciones para los sectores de protección menos favorecidos.

Uno de los principales resultados de estas discusiones fue una redefinición de las acciones en beneficio de las familias rurales, en la cual la idea de asistencia dio paso a la nueva noción de derecho personal a las prestaciones.

## **2. Racionalizar el Sistema de Salud Pública**

El segundo objetivo de la extensión de la protección social fue tratar de racionalizar el acceso a las prestaciones médicas y, en la medida de lo posible, introducir la remuneración de los servicios otorgados por los establecimientos hospitalarios acorde con el tratamiento real proporcionado. Esta situación, a principio de los ochenta, cuando sólo existía la Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS), era de la siguiente manera: para los trabajadores asalariados y sus beneficiarios la Caja pagaba, igual que ahora, el costo total o parcial de su hospitalización en establecimientos manejados por la misma o en hospital subrogado, y un seguro particular financiaba, eventualmente, el costo de su traslado a estos establecimientos o, según el estado de salud de la persona, al extranjero.

El personal gubernamental permanente, con titularidad o sin ella, estaba a cargo, como ahora, del Ministerio de Economía y Finanzas, y era canalizado, por prioridad, hacia los establecimientos médicos gubernamentales que pagaban parte del costo.

Las personas indigentes de nacionalidad gabonesa obtenían tratamiento gratuito en establecimientos públicos (del Estado) o, excepcionalmente, en los semipúblicos (CNSS).

Las demás categorías de la población, agrupadas en el rubro de "particulares que cubren sus propios gastos", no contaban con

facilidades especiales en caso de hospitalización, excepto una reducción de los cargos en algunos casos.

También había un sistema de categorías de hospitalización que variaba de acuerdo con los niveles de comodidad, sistema que no era observado por la CNSS pero, teóricamente, aún vigente en los establecimientos públicos aunque en la práctica sólo se aplicaba en el Centro Médico de Libreville. Por la complejidad del sistema, además del costo diario que variaba de acuerdo con la categoría, se suponía que el tratamiento médico en principio debía ser facturado de acuerdo con una lista nacional; el sector de salud pública prácticamente no tenía ingresos propios,<sup>14</sup> pues la parte del costo que pagaban los servidores públicos era acreditada directamente a Hacienda, que en ningún caso reembolsaba a los hospitales la suma correspondiente a la parte principal del costo del tratamiento. Es necesario decir que esta falta de ingresos dio lugar a frecuentes negligencias en materia de administración, formalidades de admisión y estadísticas de salud, ya que para su funcionamiento los hospitales dependían de subsidios administrativos que no tenían relación directa con las necesidades asociadas con el tratamiento proporcionado.

A la larga, dicho sistema difícilmente podía satisfacer e incluso, ponía en peligro el avance del país hacia el objetivo de "Salud para todos en el año 2000". Es por esto que las discusiones sobre las formas prácticas de ampliar la protección social tenían que abarcar la racionalización de la atención médica. Por su parte, la CNSS sólo podía estar en favor de tal enfoque, puesto que éste debería permitir una mejor aplicación de las modalidades para el pago de los gastos de los no asalariados en sus propios establecimientos, incluyendo la atención externa.<sup>15</sup> Hasta que se llevó a

14. La escasez de recursos de los hospitales públicos derivados de los gastos de hospitalización ya había sido subrayada en 1962 en el informe OIT antes citado (nota 12).

15. La atención médica externa proporcionada gratuitamente en los centros médico-sociales de la Caja Nacional de Seguridad Social incluye consultas médicas, servicio de enfermeros, medicamentos, y exámenes de laboratorio y radiológicos.

cabo la reforma, los centros médico-sociales de la CNSS no recibían realmente compensación financiera por ocuparse de los pacientes, la mayoría de los cuales no tenían ninguna relación con el mundo laboral.

El proceso de definición de las formas y los medios de ampliar la protección social también fue considerada como una ocasión para racionalizar esta práctica particular. Además, debían permitir delimitar los tipos de tratamiento realmente proporcionados en los diferentes hospitales públicos, gracias a la introducción de previas modalidades de admisión relacionadas con el pago de los costos de la hospitalización.

### **3. Promoción de la agricultura y el trabajo independiente**

Al pensar en extender a los no asalariados el derecho a las prestaciones sociales, el gobierno gabonés adoptó la idea moderna de que la seguridad social “al contribuir al mejoramiento del bienestar de las poblaciones..., se incluye entre los objetivos esenciales de la actividad económica”.<sup>16</sup>

Gabón, sin tener una economía monoprodutora, depende bastante de la explotación de sus reservas petroleras, que proporcionan en total el 60% de los ingresos del presupuesto del Estado y representan casi el 50% del producto interno bruto. Resulta difícil decir con certeza cuánto tiempo va a durar el petróleo, ya que de tiempo en tiempo se descubren nuevas reservas. Sin embargo, lo que sí es seguro es que este recurso no renovable está destinado a volverse gradualmente menos importante, a mediano plazo. Debido a esto Gabón, al igual que la mayoría de los países miembros de la OPEP, ya se está preparando para lo que generalmente se califica como la “etapa pospetrolera”.

En consecuencia, el Quinto Plan de Desarrollo Económico y Social (1948-88) concede gran importancia en la lista de prioridades a

16. OIT: Informe del Director General, Informe I (Parte I), Sexta Conferencia Regional Africana, Túnez, 1983, p. 41.



la "promoción de los gaboneses", la que deberá traducirse esencialmente en la creación de instalaciones agrícolas modernas y de empresas de producción de bienes de servicios adaptados a las necesidades locales y repartidas en todo el territorio nacional.

Este objetivo será logrado, obviamente, si gran número de gaboneses jóvenes, que son los principales interesados, se deciden a crear este tipo de negocios. Hasta hace muy poco esto no era así, ya que se mostraban reacios a integrarse al mundo del trabajo independiente, particularmente en las zonas rurales donde dichas actividades con frecuencia se llevan a cabo bajo precarias condiciones de vida y, además, no les ofrecen ninguna de las prestaciones sociales que, desde hace tiempo, disfrutaban los asalariados.

Esta aversión por el trabajo independiente, que no es exclusiva de Gabón, ha crecido al mismo ritmo de su desarrollo económico, que está multiplicando las oportunidades de capacitación y de nuevos empleos y está ocasionando que los salarios aumenten considerablemente.<sup>17</sup> Además los asalariados, cuya mayoría vive en los pueblos más grandes, tienen acceso a una gama de actividades y servicios que aún son escasos en otras localidades.

Por estas razones, la migración rural-urbana en Gabón ha aumentado tanto que casi la mitad de la población vive actualmente en las tres ciudades industriales con que cuenta el país. Esta creciente densidad de la población urbana está dando como resultado una rápida declinación de la agricultura comercial y de subsistencia. Los censos agrícolas de 1960 y 1975 demuestran, por ejemplo, que aunque el número de explotaciones agrícolas que en total eran aproximadamente unas 71 000, apenas varió durante ese período; el número de personas establecidas en ellas dis-

17. El salario mínimo aplicable en Gabón está fijado oficialmente en 40 000 francos CFA (100 dólares estadounidenses) mensuales para todos los trabajadores. Tomando en cuenta una garantía adicional de 20 000 francos CFA prevista para los nacionales, éste realmente asciende a 60 000 francos CFA (150 dólares estadounidenses para estas personas), lo cual lo coloca entre los más altos del continente.

minuyó en más de 25%, y lo mismo sucedió con el área cultivada. Si se toma en consideración que el número total de personas que forman parte de familias agrícolas decreció en sólo 6% durante el mismo lapso, estas cifras son suficientes para confirmar la baja en la producción disponible proveniente de los pueblos y, especialmente, después de restar la proporción de consumo directo, es prácticamente inconcebible la baja aún mayor de las cantidades vendidas en los mercados locales.

En consecuencia, Gabón depende cada vez más de otras naciones para obtener casi todos sus alimentos básicos, ya que la producción nacional es bastante insuficiente en productos tradicionales como el plátano o la mandioca.<sup>18</sup> Esta situación es preocupante por dos razones: la contribución de la agricultura al producto interno bruto sigue siendo baja (4.6% en 1982) a pesar de los avances logrados por medio de los grandes proyectos agroindustriales, y las compras de alimentos representan el 16% de las importaciones totales, es decir, tres cuartas partes de los ingresos obtenidos por la exportación de madera.

Aunque es cierto que ha habido un resurgimiento de la actividad en el sector de las cooperativas agrícolas desde el principio de los años ochenta, éste ha sido en una escala modesta ya que sólo abarca unos 40 grupos más o menos, o sea aproximadamente 1 000 trabajadores. Además, la edad promedio de los miembros de estos grupos es casi tan alta como la de los campesinos en general — 51 años. Este último factor probablemente no incrementó la producción agrícola en los pueblos, que es la única que por sí sola podría garantizar el abastecimiento de alimentos básicos para el mercado nacional.

Aparte de la preocupación por lograr una eventual autosuficiencia alimentaria y, de este modo, conservar un volumen satisfactorio de empleo sin depender de los recursos naturales no renovables, el gobierno gabonés está haciendo esfuerzos para modernizar la

18. Datos tomados de la investigación estadística sobre productos alimentarios que es llevada a cabo periódicamente en los mercados de Libreville por personal del Ministerio de Agricultura.

agricultura del país. Estos esfuerzos se concentran en dos áreas complementarias: por una parte, la promoción de proyectos agroindustriales, que ya han tenido un éxito considerable pero cuyos efectos en el empleo, aunque no son desdeñables, aún son limitados<sup>19</sup> y no pueden establecerse en todo el país, y por la otra, la promoción de una agricultura localista verdaderamente comercial, repartida en todas las provincias, principalmente en las cercanías de los centros urbanos y a lo largo del trayecto de los ferrocarriles trasgaboneses, cuya primera línea quedará terminada en un futuro próximo.

Esta segunda dirección ofrece claramente un campo privilegiado para el desarrollo de las cooperativas agrícolas. En consecuencia, una de las formas posibles para hacer que la gente joven se quede en este sector consiste en ofrecerle un sistema de protección social tan atractivo como el de los asalariados, combinado con medidas más generales en el área de la vivienda (ayuda para la construcción de casas), sistema hidráulico en la aldea,<sup>20</sup> electrificación y comercialización de los productos. Dentro de este contexto, el mejoramiento de la protección social de los miembros de cooperativas agrícolas va más allá del marco puramente social, para convertirse en uno de los elementos del plan integral para el desarrollo de una agricultura moderna de tipo familiar en todo el país.

Igualmente, como se constató que los nacionales están mal representados en Gabón en las áreas de artesanías y la pequeña empresa,<sup>21</sup> que están poco desarrolladas si se toman en conside-

19. El número de empleados asalariados en la agricultura aumentó de menos de 150 en 1974 a casi 4 000 en 1983.
20. El programa hidráulico aldeano consiste en instalar bombas en las 355 aldeas con más de 200 habitantes en Gabón. Este programa se está realizando en las diferentes provincias.
21. Un estudio selectivo efectuado en 1983 en las seis ciudades principales del país mostró que la proporción de gaboneses entre los artesanos y comerciantes era inferior al 40%. En algunos sectores como transporte, producción y servicios artesanales o la pesca, el 75% o más de los empleos está detentado por nacionales de otros países africanos o del Medio Oriente. Únicamente en el sector del comercio los nacionales son mayoría.

ración las posibilidades que ofrece el país, se está llevando a cabo una política especial para promover a estos sectores. Aquí también existe un plan general que ha sido concebido con base en la reorganización de la agencia que proporciona ayuda a las pequeñas empresas, a fin de mejorarlas técnicamente y aumentar las actividades de capacitación y financiamiento previo.

El aspecto social de esta política de promoción de la pequeña empresa gabonesa consiste en mejorar las prestaciones ofrecidas: de este modo, deberán desaparecer las dudas de los nacionales respecto a invertir su capital y su trabajo en las actividades independientes que el país necesita para lograr su crecimiento económico a largo plazo.

#### **4. Racionalización de todo el sistema de protección social. El caso de los empleados gubernamentales temporales**

Parece posible, por lo demás, aprovechar la reforma de la protección social para racionalizar varios mecanismos actuales y, de este modo, eliminar diversas diferencias en las condiciones y los procedimientos para el otorgamiento de prestaciones dentro de los tres regímenes existentes, básicamente para asalariados, empleados gubernamentales y personal militar y para los empleados gubernamentales temporales. La primera etapa de este proceso se completó en 1981 con la adopción de un importante decreto de aplicación en el código de seguridad social, que marcó el fin de una fase en el desarrollo del régimen para el sector de los asalariados.<sup>22</sup>

Como parte del proceso de extensión de la seguridad social, se llevarán a cabo estudios con el fin de establecer, en la medida de lo posible, un sistema único para todos los empleados gubernamentales.

22. Las prestaciones otorgadas por el régimen de seguridad social para asalariados han sido mejoradas en años recientes, al introducirse una subvención anual para el regreso a la escuela (30% del salario mínimo garantizado) y un 50% de incremento en las asignaciones familiares (8.6% del salario mínimo garantizado por niño y al mes) a partir de 1983.

mentales, de acuerdo con las disposiciones vigentes para los asalariados. Debido a la escala de los cambios estructurales que serían necesarios para cubrir a las personas indigentes y a los trabajadores independientes se decidió limitar el proceso de armonización, cuando menos durante una primera etapa, a los empleados gubernamentales temporales ya que eran estas personas que representan aproximadamente al 20% de los empleados públicos de tiempo completo, para quienes las mejoras parecían ser más urgentes.

Incluidos desde la independencia dentro del campo de acción del código de seguridad social y siendo beneficiarios de las disposiciones aplicables a los asalariados privados, los empleados gubernamentales temporales quedaron casi totalmente excluidos en 1979 cuando, por razones de conveniencia financiera, las autoridades decidieron asumir la responsabilidad directa del pago de las prestaciones a corto plazo (en particular la atención médica y las asignaciones familiares) y, de ese modo, dejar de pagar las cotizaciones correspondientes a la CNSS. En cuanto a las prestaciones a largo plazo (pensiones), los empleados gubernamentales temporales siguieron perteneciendo al régimen de los asalariados.

Esta dicotomía ocasionó inevitablemente dificultades reales a los empleados públicos interesados que en el ámbito de la protección social pertenecían a cuatro diferentes administraciones, principalmente la CNSS (pensiones), el Ministerio de Salud Pública (hospitalización, atención médica externa, tratamiento médico en el extranjero), la Dirección de Sueldos del Ministerio de Economía y Finanzas (asignaciones familiares) y Hacienda (cotizaciones para los gastos médicos). Además, su retiro del régimen de asalariados tuvo como consecuencia que perdieran la prestación de la cobertura contra accidentes de trabajo y el derecho al acceso automático a las prestaciones médicas proporcionadas por la CNSS en sus hospitales, centros médico-sociales y establecimientos que distribuyen gratuitamente los productos farmacéuticos.

Por lo tanto, se hizo deseable reagrupar todos los aspectos de la protección social de estos empleados en un solo régimen, a fin

de detener el descontento latente que podría evitar la futura contratación de nuevo personal, particularmente en el vital sector educativo en el cual los empleados temporales son especialmente numerosos.

El establecimiento de un régimen financiero principalmente con fondos públicos ofrecía en este aspecto una perspectiva interesante, ya que hizo factible este reagrupamiento manteniendo al mismo tiempo el principio del financiamiento presupuestal de las prestaciones más costosas.

### **EL METODO ADOPTADO**

Se sabía que una reforma prioritaria como ésta tendría, indudablemente, que enfrentar serios obstáculos en materia de procedimientos. Para evitarlos, era importante que los estudios preliminares fueran realizados con mucha atención y que los principales sectores involucrados estuvieran relacionados desde el principio con cada uno de los aspectos de la planeación. Esta amplia consulta permitió que en junio de 1982 —un año después de iniciado el proceso— el gobierno aprobara un proyecto de ley que definía los principios rectores de la extensión de la protección social.

Este lapso puede ser considerado como extraordinariamente corto, si se toman en consideración la complejidad e implicación de las cuestiones que se enfrentaron. El proyecto de ley fue adoptado por la Asamblea Nacional y se convirtió en Ley en enero de 1983, bajo la forma de un acta que incorporaba un Código de Garantía Social para fijar las amplias líneas del régimen de protección social de los empleados gubernamentales temporales, los trabajadores independientes y las personas indigentes.

Después de la adopción del Decreto que establecía los procedimientos prácticos para la ejecución del nuevo régimen, basado también en la consulta antes citada, todos los arreglos necesarios para introducir la garantía social quedaron listos el primero de julio de 1983.

La responsabilidad de administrar este régimen fue confiada a un nuevo tipo de organismo público, la Caja Nacional de Garantía Social (CNGS), que tiene autonomía administrativa y financiera bajo control del Estado, representado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio responsable de la seguridad social.

Sin entrar en detalles de las disposiciones legislativas, que ya han sido discutidas en varias publicaciones técnicas,<sup>23</sup> sería conveniente examinar sus líneas generales para ver de qué modo los textos respondieron a los objetivos y preocupaciones de la política económica y social, presentados líneas arriba.

### **EL REGIMEN DE GARANTIA SOCIAL**

Las prestaciones otorgadas por el régimen de garantía social y sus métodos de financiamiento aparecen resumidos en el cuadro anexo. Los beneficiarios son las tres categorías de población que hasta entonces no estaban amparadas, o lo eran de modo insuficiente: empleados gubernamentales temporales, trabajadores independientes de nacionalidad gabonesa y personas indigentes, definidas como nacionales cuyo ingreso es inferior al salario mínimo garantizado para todas las actividades.

Los empleados gubernamentales temporales y los trabajadores independientes reciben prestaciones similares a las del régimen de seguridad social para los asalariados, pero no es así en el caso de los indigentes. Hubo dos razones para no incluir a estos últimos: en primer lugar de tipo financiero, puesto que los desprotegidos no pueden contribuir al costo de las prestaciones y numéricamente representan al grupo más amplio; en segundo, y quizás o más importante, la necesidad de hacer que las prestaciones funcionen como un incentivo para las categorías que pertenecen al sector moderno de la economía.

23. Véase en particular OIT: *Boletín de Informaciones Sociales* (Ginebra), No. 2, 1983, pp. 269-272; AISS: *Revista Internacional de la Seguridad Social* (Ginebra), No. 2, 1983, pp. 261-264; idem, Informe del Secretariado General, XXI Asamblea General; *Jeune Afrique*, Nos. 1195 a 1197.

## EL REGIMEN DE GARANTIA SOCIAL Y SU FINANCIAMIENTO

Prestaciones	Categorías sociales		
	Empleados gubernamentales temporales	Trabajadores independientes	Personas indigentes
Prestación por accidentes de trabajo	Financiada con subvención del presupuesto gubernamental	Financiada a través de las cotizaciones de los asegurados (de 40 000 a 120 000 francos CFA al año, según la categoría, tanto para cobertura como pensiones por accidente de trabajo)	
Vejez, invalidez y pensiones de sobrevivientes	<p>Pensiones y pago de suma global en caso de muerte</p> <p>Financiadas por cotizaciones: trabajador 2% del salario, empleado gubernamental 5% del salario</p>	(Véase el párrafo anterior)	
Atención médica	Financiada por el presupuesto gubernamental + pago parcial del asegurado por tratamiento en el extranjero y hospitalización	Financiada por el presupuesto gubernamental + pago parcial del asegurado por tratamiento en el extranjero y hospitalización	Financiada por el presupuesto gubernamental

(continúa)



(continuación)

Prestaciones	Categorías sociales		
	Empleados gubernamentales temporales	Trabajadores independientes	Personas indigentes
Asignaciones familiares y por maternidad*	Asignación prenatal Gastos por parto Asignación por nacimiento Asignaciones familiares Asignación por regreso a la escuela Asignación por un solo sueldo	Asignación prenatal Gastos por parto Asignación por nacimiento Asignaciones familiares Asignación por regreso a la escuela	Gastos por parto Asignación por nacimiento (en especie) Asignaciones familiares Asignación por regreso a la escuela
	Financiadas por el presupuesto gubernamental	Financiadas por el presupuesto gubernamental	Financiadas por el presupuesto gubernamental

\* Las tasas aplicables a las dos primeras categorías son iguales a las de los asalariados pero son menores para los indigentes.

— No se aplica.

## PRESTACIONES Y FINANCIAMIENTO

El carácter de incentivo fue conservado al hacer la definición de los medios para financiar el nuevo régimen. Aunque estaba claro que debido a su casi total desprotección no podía esperarse alguna participación de los indigentes, el principio adoptado en el caso de los trabajadores independientes fue el de limitar la cifra de su cotización —ésta solamente financia prestaciones por accidentes de trabajo y prestaciones por vejez, invalidez y de sobrevivientes. Las otras prestaciones (atención médica, incluyendo hospitalización y tratamiento en el extranjero y prestaciones familiares) son financiadas totalmente por el presupuesto gubernamental que hace el pago, mediante el depósito bancario en la cuenta de la CNGS, de una asignación anual para este fin, al igual que sucede en el caso de las personas indigentes. Para dar una idea, la asignación total presupuestal para el funcionamiento de la CNGS en 1984 asciende aproximadamente al 7% del presupuesto gubernamental gabonés. Este principio, cuya intención es limitar el costo que representa para los trabajadores independientes su régimen de protección social —obligatorio—, ha hecho posible fijar el total de las cotizaciones en un nivel modesto. Generalmente, esta cantidad depende del tipo de actividad realizada por tales personas, quienes con este propósito han sido divididas en tres categorías: miembros de cooperativas y comerciantes detallistas, comerciantes y artesanos con operaciones de tamaño mediano y miembros de profesiones liberales y empresarios. Las cantidades involucradas mensualmente ascienden a cifras entre 8 y 24% del salario mínimo garantizado, dependiendo de la categoría.

Esta política está totalmente dissociada de aquella referente a la asistencia limitada, que aún prevalece en la mayoría de los países africanos para los no asalariados. De hecho, es un genuino régimen de seguridad social que cubre todas las contingencias tradicionales y que ha sido establecido para proporcionar a los independientes casi las mismas prestaciones de que disfrutaban los asalariados.

Los empleados gubernamentales temporales contribuyen a su régimen de pensión únicamente con el 2% de su salario gravable.

hasta un límite máximo de 750 000 francos CFA mensuales, o el equivalente a poco menos de 20 veces el salario mínimo garantizado. La participación del patrón asciende al 5% del salario. Las otras prestaciones (accidentes de trabajo, prestaciones médicas y asignaciones familiares) son financiadas totalmente por el presupuesto gubernamental.

Las disposiciones en favor de las personas indigentes cubren únicamente los riesgos básicos (protección de la familia, atención médica) y, naturalmente, no proporcionan las mismas cantidades que a las demás categorías sociales, pero tienen una característica muy particular y es que la titularidad se personaliza y además se prevé un genuino seguimiento administrativo.

Para evitar el riesgo de la corrupción que algunas veces va asociada con la distribución en gran escala de prestaciones en dinero en zonas rurales —peligro que sin embargo en Gabón está limitado por una relativamente densa circulación de dinero, debida en particular a una solidaridad pecuniaria dentro de la familia numerosa— las prestaciones familiares y la prima anual para el inicio del año escolar se pagan directamente a las madres en su mismo pueblo.

La periodicidad cuatrimestral decidida para las prestaciones básicas debe, además, permitir que las personas hagan frente a los gastos de pequeñas inversiones necesarias para mejorar la situación material de las familias: un pago normal, por ejemplo para una madre de tres hijos —lo que corresponde al promedio nacional— es el equivalente a un tercio del salario mínimo garantizado.

Por otra parte, a la luz de las experiencias con el régimen de asalariados, la asignación por nacimiento se paga en especie, en forma de una canastilla entregada bajo supervisión médica en el momento del parto. Este tipo de prestación de hecho es reconocido como una de las mejores formas para acrecentar las oportunidades de sobrevivencia de un bebé en un clima húmedo ecuatorial.

En cuanto a la atención médica (medicamentos, hospitalización, tratamiento médico en el extranjero), ésta es totalmente gratuita para las personas interesadas si se proporciona a través de un establecimiento gubernamental de salud o de uno de los administrados por la CNGS. La identificación del beneficiario se asegura con una prueba escrita de su afiliación a la CNGS entregada al interesado por el personal de la Caja. Las facturas correspondientes son enviadas por las instituciones a la CNGS, que las paga directamente. Se debe destacar que las disposiciones adoptadas, correspondientes a la atención médica, son iguales para las tres categorías cubiertas por la CNGS. Sin embargo, a los trabajadores independientes y a los empleados gubernamentales temporales se les pide que cubran a la Caja una parte de los costos de hospitalización o de tratamiento en el extranjero, aunque puede haber excepciones de acuerdo con los criterios sociales o en caso de un tratamiento largo y costoso.

Estos arreglos tienen como objetivo no solamente el de hacer un poco mejor la vida de los más desprotegidos y obtener fondos para los hospitales, sino también, a través de la redistribución de una parte del ingreso nacional que va implícito en ellos, estimular el consumo familiar en zonas rurales que debe orientarse principalmente hacia los artículos básicos producidos en la localidad. Aquí, nuevamente el interés social obvio va, por lo tanto, aparejado con un considerable interés económico.

## **ADMINISTRACION**

Debido a que las personas involucradas están tan dispersas, un sistema como éste requiere del uso de nuevas técnicas administrativas como el establecimiento de subsecciones regionales distribuidas en todo el país, la entrega de tarjetas de seguro social a cada persona en una zona rural por el personal de la nueva caja, el pago de prestaciones sociales en las aldeas, con base en listas de nombres computarizados, y la actualización de expedientes a través de la recopilación de información y vales necesarios para el pago de cada operación — todos ellos nuevos elementos para la administración de la seguridad social en África.

Tales son, en resumen, las principales circunstancias y conceptos rectores que conducen a la reforma del sistema de protección social gabonés y a la creación del régimen de garantía social. Este "enfoque gabonés", por supuesto no puede ser aplicado en cualquier parte. Se basa en las condiciones existentes en el país: una clase asalariada firmemente establecida, finanzas públicas prósperas y saneadas, una acertada práctica administrativa en todo el país, una tasa de inscripción escolar particularmente elevada y alta densidad de infraestructura sanitaria para una población nacional relativamente pequeña.

Bajo estas circunstancias, la extensión de la protección social no solamente fue financieramente soportable, ya que sería de dimensiones moderadas debido a la población ya cubierta, sino también administrativamente viable gracias a un buen sistema de registro y, finalmente, útil socialmente en vista de que formaría parte de un amplio sistema para promover la empresa individual, sin que esto evitara que los menos protegidos disfrutaran de los resultados del crecimiento.

La institución de un régimen de garantía social es reflejo de las circunstancias particulares del país y difícilmente podría ser trasladado a naciones que no han alcanzado el mismo nivel de desarrollo económico y social. No obstante, presenta un interés práctico universal, aunque sólo sea porque prueba que sí es posible que un país en vías de desarrollo establezca con sus propios recursos financieros, técnicos y humanos un sistema coherente de protección social integrado de modo original dentro del proceso general de promover el progreso de la nación al que él puede y debe contribuir. Esta es la razón por la cual la experiencia gabonesa merece que se le dé la más amplia difusión.

# LA EXTENSION DE LA PROTECCION DE LOS GRUPOS MARGINADOS DE LAS ZONAS RURALES EN CUBA\*

Félix Argüelles\*\*

- \* Ponencia presentada por el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social de Cuba.
- \*\* Asesor de la Dirección de Seguridad Social del Comité de Trabajo y Seguridad Social.



LA EXTENSION DE LA PROTECCION  
DE LOS CIRCOS MARCHABOS  
DE LAS ZONAS RURALES EN CUBA\*

Por: [illegible]

Integrantes de las delegaciones de Corea, Honduras, India, Ruanda, Ni-  
caragua, Togo y la URSS.

## EL TEMA

El tema que se aborda en esta Mesa Redonda constituye ciertamente una aportación más a los múltiples trabajos que se han llevado a cabo por la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social para el estudio en la región americana de las condiciones socioeconómicas de la población rural, la evaluación de los medios intentados con el propósito de mejorarlas, el enfoque de perspectivas y la formulación de recomendaciones. Recordemos, por ejemplo, el estudio amplio y objetivo presentado a la VIII Conferencia, celebrada en Panamá el año 1968, bajo el título de "Extensión de la seguridad social a la población rural", ponencia del licenciado Ricardo García Sáinz, el doctor César Lechuga y el actuario Alejandro Hazas. La situación general, caracterizada como señala el referido documento por la pobreza, el analfabetismo, la baja productividad, la precaria tecnificación, en fin, los niveles de vida comprimidos de las grandes masas campesinas, no ha variado de aquel año a la fecha, según muestran estudios más recientes de la misma Conferencia.

La dedicación de este evento al enfoque de los problemas relativos a los marginados del campo completa a nuestro juicio los estudios anteriores. Cuba asiste a este encuentro internacional considerando útil el tratamiento del referido asunto. Grávido de problemas, el campo, particularmente el marginado del campo, demanda soluciones.

El planteamiento del asunto exige delimitar previamente dentro de la masa campesina al grupo de los marginados. Como lo ha expresado otro documento de la Conferencia Interamericana, la marginalidad constituye en América Latina un fenómeno presente en grandes grupos primarios del campo, ocupados en una agricultura de subsistencia y afectados por una alta tasa de desempleo, un creciente aumento demográfico y la consecuente tendencia al éxodo hacia los centros urbanos. Se trata de un concepto que, ya sentado en la Conferencia y reuniendo factores muy característicos, permite internarse en el análisis de estos grupos sociales.



## **LOS GRUPOS MARGINADOS EN CUBA ANTES DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCION**

Cuba puede aportar al estudio del tema propuesto, por un lado, las experiencias de una estructura rural existente antes del triunfo de su Revolución popular en 1959, integrada en parte por grandes masas de trabajadores con rasgos semejantes a los comprendidos en el concepto de la marginalidad expuesto, y, por otro, el sentido y las aplicaciones concretas del programa con que nuestro país encaró sus males económico-sociales y, entre ellos, el de la masa campesina que hoy nos mueve a esta Mesa Redonda.

El análisis del campesinado en la Cuba prerrevolucionaria refleja la existencia de tres capas bien definidas dentro de una estructura basada en el latifundio explotado al modo capitalista o mediante formas semifeudales, la explotación de los fundos por propietarios absentistas y un alto grado de concentración de la propiedad rural, con el 46% del área nacional de fincas en manos del 1.5% de los propietarios. A su lado, el minifundio representado por el 70% de las fincas con extensión menor de 26 hectáreas.

En la parte superior de la estratificación estaba el grupo reducido de propietarios vinculados a la alta burguesía, los monopolios y grandes terratenientes que utilizaban, con las características propias del capitalismo, a obreros agrícolas en la explotación de las fincas; más abajo, el campesinado medio, formado por los cultivadores que disponían en propiedad o arrendamiento de una pequeña porción de terreno laborado personalmente y, a veces, auxiliándose de un limitado número de trabajadores agrícolas; después y en el último estrato, el amplio contingente de semiproletarios que, con un pedazo de tierra en arrendamiento, aparcería o precario, se empleaban como obreros en las tierras de los grandes colonos o los campesinos medios. Son los campesinos más pobres, sin acceso a la escuela lejana, al hospital de la ciudad, a los limitados beneficios del seguro social de los azucareros. Junto a estas capas, completando la composición que ayer tuvo la población campesina, se veían unos 600.

mil obreros agrícolas sin tierras, que vagaban durante la mayor parte del año en busca de ocupación, sujetos siempre a un trabajo inestable, cíclico o irregular.

Aquellos agricultores pobres y estos obreros agrícolas constituían grupos que sin duda cabría comprender dentro del concepto de la marginalidad definida por la Conferencia Interamericana. La estructura descrita determinaba como dramáticas consecuencias sociales, principalmente en estos grupos, el analfabetismo, elevado al 41.7% de la población en las zonas rurales; las casas inseguras e insalubres, construidas en un 62.5% de ellas de yagua, madera, guano y piso de tierra, y un déficit alimentario de más de mil calorías por persona. La rutina en el lenguaje, el vestido, el instrumental de trabajo, la técnica, los medios de transporte, son notas que completaban la situación de dichos marginados. Para los demás países subdesarrollados, con estructuras económicas coloniales y semif feudales, el cuadro no es nuevo o extraño.

## **EL PROGRAMA DE LA REVOLUCION CUBANA**

El proceso revolucionario cubano, que implicó una ruptura radical con el pasado en lo económico, político, social, cultural, produjo en el consumo de la vida del campo un cambio profundo. Tuvo la Revolución un programa que ha venido desarrollando sin desvíos en el andar heroico del pueblo cubano durante los últimos veinticinco años. Las instituciones surgidas al calor de ese programa respondieron inicialmente al propósito central de cambiar la estructura de la economía agraria, sentando las bases para afirmar la plena independencia política e impulsar el desarrollo integral del país. En el campo repercutieron, pues, las primeras medidas trascendentes de la Revolución.

Concebida como eje del proceso, la Reforma Agraria no sólo transformó el régimen de tenencia de la tierra, sino que aplicó de inmediato un vasto programa encaminado a asegurar el empleo permanente del obrero agrícola, la asistencia técnica al campesinado, el crédito agrícola, la atención a la salud, el fomento de la vivienda adecuada y la extensión del régimen de seguridad social y los asalariados del campo.

Tales proyecciones económico-sociales tuvieron su expresión jurídica en las leyes reguladoras de la Reforma Agraria. La primera, de 1959, limitó la cantidad máxima de tierra que podría poseerse a 402.6 hectáreas, dispuso la redistribución de las tierras expropiadas e impulsó el fomento de cooperativas. Conforme a sus preceptos fue creado el Instituto Nacional de la Reforma Agraria, como estructura político-administrativa encargada de aplicar la Ley y se establecieron 28 Zonas de Desarrollo Agrario, divisiones administrativas con facultad para llevar a cabo efectivamente los fines de la Reforma bajo la dirección del expresado Instituto.

La segunda Ley, de 1963, decretó, en otra fase del proceso, la expropiación de las fincas mayores de 67.1 hectáreas, elevando el fondo de tierras de propiedad social al 70% de la superficie del país y haciendo surgir así la base para intensificar el desarrollo de las fuerzas productivas en la agricultura. Las tierras nacionalizadas se agruparon en granjas estatales, unidades de producción de 20 a 40 mil hectáreas, con cultivos diversificados y un alto nivel técnico y organizativo. El resto de la tierra quedó en manos de una masa de agricultores privados que, a partir de 1961, integraron la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, orientadora de sus miembros en el orden de la producción, instrumento viabilizador de la distribución de los recursos (crédito, fertilizantes, semillas, maquinaria) y medio además que ha impulsado la capacitación general y profesional en el campo.

En una fase posterior de su desarrollo, la Reforma Agraria llevó a orientar sobre nuevas bases la producción de los pequeños agricultores, y desde el año 1975 comenzó efectivamente el proceso de voluntaria integración de estos agricultores en las cooperativas de producción agropecuaria que ha venido transformando la producción individual mercantil en producción social. El espíritu cooperativista, estimulado por la evidencia de los fructuosos resultados que depara el trabajo colectivo, ha dado lugar a la creación de más de 1 430 cooperativas que comprenden alrededor de 971 594 hectáreas, o sea, el 75% de las tierras pertenecientes a los pequeños agricultores. El número de socios, propietarios colectivos de las tierras, asciende ya a 82 149, de los cuales el 27.5% son mujeres.

Paralelamente al crecimiento de las cooperativas por el ingreso de nuevos socios, se desarrolla en una fase ulterior del indicado proceso la formación de cooperativas mayores, cuya extensión y base técnico-material las convierte en verdaderas empresas agrícolas, donde es posible planificar la producción y emplear en una escala superior la técnica y la mecanización. Las cooperativas cañeras, por ejemplo, poseen maquinaria y equipos para la siembra y los cultivos, combinadas para el corte mecanizado, camiones de transporte.

### **REPERCUSIONES DEL PROGRAMA EN EL ASPECTO SOCIAL**

Los avances que en el orden económico ha determinado la Reforma Agraria se unen a un cuadro de logros sociales que hoy definen las condiciones normales de vida del campesinado cubano. La política social del gobierno revolucionario con relación al campo estuvo dirigida desde 1959 a crear las bases necesarias para la elevación sistemática del nivel de vida de la familia campesina. Los objetivos inmediatos consistieron en incorporar al trabajo, en forma estable, a todos los trabajadores asalariados, prestar atención técnica a los pequeños agricultores y conceder los créditos necesarios para acometer la explotación intensiva de las tierras adjudicadas.

La creación de las granjas estatales en los grandes latifundios nacionalizados permitió la progresiva introducción de la técnica y la mecanización en las labores agrícolas, dando lugar a la existencia de más de 500 empresas agropecuarias en las que hoy se asegura el trabajo permanente de los asalariados rurales.

A la erradicación del desempleo se unieron los beneficios de la enseñanza. A partir de diciembre de 1959 y como parte de las inversiones realizadas desde los primeros momentos para el impulso de la enseñanza, fueron creadas múltiples escuelas rurales. La Campaña de Alfabetización emprendida en 1961 repercutió notablemente en el campo. En ese año funcionaron 3 149 aulas con matrícula de 84 055 adultos, con el fin de garantizar la superación educacional de los campesinos ya alfabetizados. En los años siguientes se desarrollaron planes para lograr que los alfa-

betizados continuaran estudiando hasta el sexto grado en las aulas de educación obrero-campesina y el Instituto Nacional de la Reforma Agraria impulsó los trabajos de capacitación de técnicos, auxiliares y demás trabajadores en el empleo de métodos científicos. Hoy no hay analfabetos en el campesinado cubano. De 22 864 escuelas de enseñanza primaria existentes en el país, 10 198 están situadas en el campo, y de 246 centros de enseñanza preuniversitaria, 183 están en el campo. Los centros de enseñanza media y superior gradúan a más del 10% de sus alumnos en materias agropecuarias. Así van quedando atrás las diferencias culturales entre la población del campo y la ciudad.

En relación con la *salud* podemos indicar que el desarrollo de los servicios médicos rurales comenzó en 1960, cuando fue promulgada la ley que instauró el Servicio Médico Social del Posgraduado, estableciendo la obligación por el recién graduado de prestar servicios a tiempo completo y dedicación exclusiva durante un año en las comunidades rurales del país y permitiendo de ese modo disponer de los recursos humanos indispensables para la realización de los programas de salud en el campo. En una fase inicial, la labor estuvo limitada a pequeñas unidades localizadas en cualquier construcción disponible; pero hoy, en armonía con las posibilidades alcanzadas por el Sistema Nacional de Salud, se cuenta con el hospital rural, el puesto médico rural, el hogar materno y el hogar de recuperación nutricional como instituciones que integran una red de servicios que comprende la atención ambulatoria, el internamiento en casos de enfermedad o parto, la enfermería de terreno, el control higiénico del medio, los programas de vacunación, la atención institucional del parto a mujeres residentes en áreas rurales distantes, la educación para la salud, la permanencia del niño desnutrido a los fines de su recuperación y la enseñanza a la madre de temas relacionados con la alimentación, la higiene y la puericultura. Estos son datos actuales: existen 52 hospitales rurales, 173 puestos médicos rurales y 81 hogares maternos. El total de estas unidades representa el 22% de las unidades de servicios del país.

Con respecto a la *vivienda*, al cumplir un año la Reforma Agraria el gobierno revolucionario anunció la creación de 1 000 pueblos nuevos para los campesinos y obreros agrícolas, con su es-

cuela, tienda del pueblo y dispensario médico. Hasta 1981 el número de viviendas construidas en el país ascendió a 900 000, en gran medida edificadas en zonas rurales. En ese año ya el 84% de todas las viviendas contaba con servicio eléctrico y, de las rurales, el 45.7%. Y decenas de cooperativas han agrupado ya sus viviendas y construido poblados en los que se comienzan a disfrutar las ventajas de la electrificación, el agua potable y los modernos medios de comunicación y transporte.

### **PAPEL DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

La protección de las áreas rurales se ha manifestado significativamente en la cobertura que ofrece el Sistema de Seguridad Social. A partir de 1959, la seguridad social ha respondido dinámicamente a las exigencias impuestas en cada momento o situación por el proceso revolucionario. Desde 1963, sin diferencias entre los trabajadores asalariados del campo y la ciudad y extendido a todo el territorio nacional, el régimen de seguridad social comprende por igual a unos y otros, y desde 1983 existe un régimen establecido para los cooperativistas agropecuarios que sigue las mismas líneas del régimen, concerniente a los asalariados. La efectiva protección que reciben los trabajadores del campo se refleja en el hecho de que entre el 25 y el 30% del total de las prestaciones que hoy se pagan corresponde a estos trabajadores.

Como los demás asalariados, los trabajadores agrícolas están protegidos en los casos de enfermedad, accidente, maternidad, invalidez y vejez. Sus familiares lo están en el caso de muerte del sostén de la familia. Trabajadores y familiares se benefician de un sistema completo y coherente de prestaciones en servicios, en especie y monetarias, cuya organización y financiamiento garantiza el Estado, sin cotizaciones por parte de los asegurados. A ellos alcanzan las normas de un sistema que fija la cuantía de las prestaciones monetarias sobre la base del salario; considera en el cálculo de la prestación monetaria todas las adiciones de carácter salarial; no exige período de calificación para la concesión de las prestaciones a corto plazo; considera en la computación del tiempo de servicios la actividad laboral realizada en todo tiem-

po y todo sector; establece fórmulas que armonizan la cuantía de las prestaciones con el propósito de elevar constantemente el nivel de vida del trabajador; concede las prestaciones por enfermedad y accidente sin límite de duración; permite aplazar el trabajo cuando llega la edad de jubilación y reanudarlo y después del retiro, toma en consideración al sexo y la naturaleza pesada o peligrosa del trabajo para fijar condiciones más favorables respecto a la jubilación; reconoce los méritos laborales mediante incremento en las prestaciones monetarias, y fija procedimientos para el pago de las prestaciones monetarias que aseguran la continuidad del ingreso.

En lo que respecta a los agricultores independientes, éstos estuvieron fuera de todo seguro en Cuba prerrevolucionaria, salvo los colonos azucareros. En los primeros años de la Reforma Agraria se consideró innecesario comprenderlos dentro de las disposiciones reguladoras de las prestaciones monetarias, atendiendo a sus condiciones de vida y trabajo caracterizadas por la integración de núcleos familiares donde la explotación se realizaba en común por padres e hijos y donde la protección familiar bastaba para subvenir las necesidades económicas. Eran entonces suficientes los beneficios de los servicios médicos y educacionales, las ventajas de las comunicaciones y los créditos concedidos por el Estado. Sin embargo, frente a las eventualidades que originaron desamparo económico para algún propietario de tierras por la aplicación de la Reforma Agraria, fueron dictadas oportunas disposiciones que concedieron prestaciones a los rentistas afectados por la primera Ley de Reforma Agraria; a los pequeños agricultores que por su alta edad o invalidez no podían continuar laborando personalmente sus fincas; a 7 000 antillanos traídos a Cuba en las décadas de los años 10 y 20 para trabajar en el campo bajo condiciones infrahumanas y que ahora, enfermos o inválidos, carecían de ingresos, constituyendo la expresión más cabal de la marginalidad, y a los expropietarios comprendidos en la segunda Ley de Reforma Agraria, a quienes se concedió el derecho de continuar recibiendo una prestación de seguridad social al concluir el plazo de sus indemnizaciones.

Por último, en 1983 quedó establecido un régimen de seguridad social para los cooperativistas agropecuarios, igualmente garan-

tizado por el Estado y dentro de las líneas generales que rigen el sistema de los trabajadores asalariados, en cuanto a los riesgos cubiertos, condiciones de atribución y nivel de prestaciones.

## ADMINISTRACION Y FUNCIONAMIENTO

El desarrollo de los programas de protección a toda la sociedad se ha apoyado en una organización administrativa nacida de las bases económicas, sociales y políticas que presiden la construcción del socialismo en nuestro país. La administración es estatal. Las funciones superiores de organización, dirección y control conciernen en cada grupo de actividades o funciones a un órgano central. La organización administrativa se funda en la creciente participación de los mismos trabajadores y sigue el principio de la descentralización, en virtud del cual los órganos territoriales constituidos en cada una de las 14 provincias y los 169 municipios del país, tienen a su cargo la aplicación de los planes y medidas.

En el campo de la seguridad social, la dirección, administración y ejecución del régimen están a cargo del *Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social*, coordinadamente con el Ministerio de Salud Pública, la Junta Central de Planificación, el Banco Nacional de Cuba, el Banco Popular de Ahorro y el Comité Estatal de Finanzas. El *Ministerio de Salud Pública*, en el ejercicio de sus atribuciones como organismo ejecutor de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, concede a través de sus centros asistenciales las prestaciones en servicios y en especie establecidas por el régimen de seguridad social en los casos de enfermedad, accidente y maternidad. Corresponde igualmente a este Ministerio la evaluación de la invalidez por las Comisiones de Peritaje Médico. Otra de sus actividades consiste en la asistencia médica especial que se dispensa como parte del programa de rehabilitación integral del trabajador. La *Junta Central de Planificación*, al preparar el proyecto de directivas fundamentales para el desarrollo prospectivo de la economía nacional, cuenta con la participación, entre otros organismos, del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. El anteproyecto de Plan Único de Desarrollo Económico-Social requiere la participación de este Comité Estatal en puntos como la seguridad so-



cial. El *Banco Nacional de Cuba* efectúa los reembolsos a las entidades laborales de las cantidades que éstas abonan en concepto de subsidios y prestaciones económicas por maternidad, y ejecuta la recaudación de las contribuciones a la seguridad social que realizan las entidades laborales y las cotizaciones fijadas a las cooperativas agropecuarias. El *Banco Popular de Ahorro*, con cargo a los fondos de la seguridad social, ejecuta por medio de sus agencias bancarias y sus centros de pago (oficinas de correo y red minorista de comercio), el pago de las prestaciones a los beneficiarios. El pago de las prestaciones se realiza previa presentación por el beneficiario del talonario contentivo de cupones para el cobro de las cuotas que tiene derecho a recibir, de que se le provee por la Dirección de Seguridad Social.

En el aspecto financiero, el conjunto de los bienes materiales y culturales que se ofrecen gratuitamente o en condiciones ventajosas a la población proceden de los fondos sociales de consumo, forma establecida por el Estado cubano para llevar a cabo la distribución planificada de los recursos destinados a satisfacer las necesidades sociales.

El presupuesto central del Estado constituye el instrumento en que se centralizan los recursos financieros provenientes de las empresas y unidades de subordinación nacional y de otras fuentes de ingresos estatales, y asigna las cantidades necesarias para financiar la seguridad social, la asistencia social, así como la educación, la salud y los servicios comunales atendidos por las entidades de subordinación nacional. En los presupuestos provinciales se centralizan, a su vez, los recursos financieros provenientes de las empresas y unidades de subordinación local y de las entidades del sector no estatal de la economía, destinados a financiar, en lo que respecta a la protección social, la educación, la cultura, la salud y la asistencia social atendidas por las entidades de subordinación local.

Entre los ingresos del presupuesto central figuran las contribuciones a la seguridad social. Estas contribuciones están a cargo de las entidades laborales y de los trabajadores independientes acogidos al régimen especial de seguro social establecido para

ellos. En 1983 estas contribuciones ascendieron a 660.7 millones de pesos, por lo que, siendo el total de los gastos de seguridad social por pensiones y subsidios en ese año igual a 767.8 millones de pesos, el déficit de 106.9 millones fue cubierto por la aportación del Estado. En el régimen de seguridad social de los cooperativistas agropecuarios, éstos aportan al presupuesto del Estado desde que comenzó a regir la Ley que lo estableció (agosto de 1983) el 3% del valor de las ventas que realizan las cooperativas.

## **CONCLUSIONES**

Las aportaciones de la seguridad social a los planes de protección de los marginados del campo no pueden ser desestimadas en forma alguna, particularmente aquellas que mediante los recursos organizados por las instituciones de seguridad social en el orden sanitario se movilizan para la prevención y curación de la salud o la atención de la madre y el niño, pero la seguridad social constituye sólo un aspecto de la política aplicable por el Estado para el desarrollo económico-social y no representa el único factor redistributivo del ingreso, ni mucho menos determina por sí sola el nivel de vida de la población. Tal consideración obliga a valorar justamente la interrelación de la seguridad social con el sistema socioeconómico y la economía nacional, y ello conduce a observar que el proceso de transformación que se requiere para suprimir el fenómeno de la marginalidad demanda decisiones y recursos de muy diversa índole y vasto alcance, empeño este en el que un régimen de seguridad social abarca sólo un aspecto, cualesquiera que sean su método, su amplitud y su profundidad.

Con reiteración han sido expuestos en los foros internacionales y publicaciones especializadas los obstáculos que impiden la extensión de los programas de mejoramiento y protección a las grandes masas marginadas del campo, señalándose generalmente como tales el aislamiento, la dispersión, el bajo ingreso, el subempleo. En último análisis, siempre una estructura económica colonial o semifeudal del agro constituye la causa primaria de dichos obstáculos. Como fenómeno que hunde sus raíces en la estructura económica, la posibilidad de aplicar con éxito semejantes programas requiere una transformación radical de la

estructura socioeconómica del país. La marginalidad en el campo es la manifestación aguda de un fenómeno, cuyas soluciones demandan acudir a las causas que lo producen y buscar en ellas las respuestas que permitan su definitiva erradicación.

Cuba afirma modestamente haber abordado la radical supresión de la marginalidad como una de las proyecciones de su proceso revolucionario. Su Reforma Agraria comprendió, junto a la destrucción del anterior régimen de tenencia de la tierra, las estrategias relacionadas desde el punto de vista social con el pleno y permanente empleo de los trabajadores del campo y la elevación constante de su nivel de vida. Las medidas de seguridad social han operado como complemento de los múltiples servicios prestados gratuitamente a los habitantes del campo en los sectores de la salud, la educación, la vivienda, la alimentación. Nuevos moldes de vida, sin desigualdades entre el campo y la ciudad, trazan el perfil de la Cuba actual. La marginación quedó atrás.

BREVE INTRODUCCION  
A LAS EXPERIENCIAS  
DE LA ATENCION PRIMARIA  
DE LA SALUD EN LAS ZONAS  
RURALES DE CHINA\*

M. Song Yunfu\*\*

- \* Ponencia presentada por la delegación médica del Ministerio de la Salud de la República Popular de China.
- \*\* Director adjunto del Departamento de Asuntos Extranjeros del Ministerio de la Salud.



**Señor Presidente**

**Señoras y señores**

Para nosotros es un gran honor y placer poder asistir a la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, organizada por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Ante todo quisiera expresar en nombre de la delegación médica de China nuestra felicitación por haber coronado con éxito el evento. Al mismo tiempo, agradecemos sinceramente al señor licenciado Ricardo García Sáinz, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, y a sus colegas, por habernos invitado a participar en este evento.

También quería expresar nuestro reconocimiento a los delegados por sus destacados informes en los que nos han hecho conocer sus puntos de vista y sus diagnósticos acerca de la extensión de la protección social a los grupos marginados de las zonas rurales, y los informes y visitas del día 14 nos han dado una grata impresión del Programa IMSS-COPLAMAR de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Nosotros apreciamos mucho los éxitos que México ha logrado con la aplicación de dicho programa.

Señor Presidente, la protección y el mejoramiento de la vida material y moral de los grupos marginados de las zonas rurales son de mucha importancia y están influidos, como nos han informado los delegados, por varios factores tales como el de la política, la economía, la cultura y las condiciones naturales y otros.

Consideramos que la asistencia médica primaria es una parte importante de la seguridad social, que su evolución depende del nivel socioeconómico y a su vez influye en el desarrollo del mismo. Permitaseme presentar algunas informaciones sobre el trabajo de la asistencia médica primaria en el campo rural en China.

La República Popular de China es un país multinacional que cuenta con mil millones de habitantes. En su vasta tierra traba-

jan y conviven 55 nacionalidades, de las cuales, la más numerosa es la de Han que ocupa el 94% de la población. El 80% de la población habita en las zonas rurales, y el 90% se encuentra en la parte sudoriental del país; en el resto, o sea el 10%, se dispersa en la tierra que ocupa la mitad del territorio total. Mucha de esta población aún se encuentra en zonas remotas y montañosas; por tanto, el desarrollo de la economía, de la cultura y de la salubridad todavía no ha llegado al mismo nivel.

Antes de 1949, año de la liberación del país, China tenía una economía estancada y muy malas condiciones sanitarias: las masas populares se encontraban en la pobreza y la insalubridad. Si nos referimos al término marginal, en esa época la mayoría del pueblo de China estaba en estado de marginación.

Al fundarse la nueva China, lo primero que hicimos fue realizar la reforma agraria. Gracias a ella, los campesinos sin tierra o los que tenían poca cantidad pudieron alcanzar 46.6 millones de hectáreas de terrenos cultivables y otras propiedades de producción, y se les orientó a marchar por el camino del cooperativismo. Hasta 1956, se establecieron en escala nacional nuevas relaciones socialistas de producción sin la explotación del hombre por el hombre, promoviéndose el desarrollo socioeconómico y cultural.

Al mismo tiempo se han hecho grandes esfuerzos por implantar el servicio sanitario, especialmente en las zonas rurales y en las zonas de minorías nacionales, elevándose considerablemente el nivel de salud del pueblo. En China, la tasa de mortalidad bajó de 25% (antes de la liberación) a 6.7% (hasta el año de 1983). El índice de mortalidad infantil bajó de 200 a 34.68%. La esperanza de vida es de 67.88 años y antes era de 35 años. Estos dos últimos índices alcanzan casi al nivel de los países desarrollados; además se han construido hospitales en las zonas rurales en gran escala. En el año de 1949, sólo había 1 400 hospitales sencillos con 20 mil camas, que ocupaban una cuarta parte de las camas en todo el país. Ahora se han construido en el ámbito distrital, hospitales, estaciones antiepidémicas, estaciones de salud materno-infantil, escuelas sanitarias de perfeccionamiento y centros de control de medicamentos con una totalidad de nueve mil. Las camas de los

hospitales distritales han alcanzado la cifra de 241 mil que significan más del 60% de la totalidad.

La viruela se erradicó en el año 1960, y se eliminaron, no mucho tiempo después de la liberación del país, la cólera, la peste bubónica, la fiebre negra, el tifus, las fiebres recurrentes y enfermedades venéreas. La elevación del nivel de la salud ha promovido el desarrollo de la economía y de la cultura, creándose las condiciones para la mejoría de la vida del pueblo y para su seguridad social.

Hemos logrado ciertos progresos en el terreno de la atención médica primaria y nuestras experiencias fundamentales son las siguientes:

1. Lo más importante es elaborar una política determinada. China es un país socialista en vía de desarrollo, en donde servir a la mayoría es nuestra guía fundamental en el trabajo sanitario. "Servir a los obreros, campesinos y soldados, poner atención primero a la profilaxis, combinar la medicina china con la occidental y vincular el trabajo de sanidad en el movimiento de masas" son los cuatro principios para el trabajo sanitario. Debido a que el 80% de nuestra población vive en el ámbito rural nuestra orientación es poner el énfasis en el trabajo sanitario en las zonas rurales y lo hemos sostenido en los últimos 35 años. También hemos tomado una serie de medidas para fomentar el trabajo sanitario en las zonas rurales.

2. Con la guía de los principios arriba mencionados, lo que tenemos que hacer es construir las organizaciones higiénicas con base en el desarrollo económico. China cuenta en su división administrativa con 22 provincias, 5 regiones autónomas y 3 municipios directamente subordinados al poder central. Las entidades administrativas que siguen al nivel provincial son los municipios, las prefecturas autónomas y los distritos. En el momento actual, China tiene 2 100 distritos. Las entidades que siguen al nivel distrital son los cantones (comunidades) y aldeas (brigadas de producción). Las zonas rurales a las que nosotros nos referimos son los distritos y las vastas zonas rurales que pertenecen a los distritos.



En el último período de los años cincuenta se construyeron organismos de asistencia médica y de salubridad en los distritos y cantones. En la década de los sesenta se construyeron organismos de higiene en la mayoría de las aldeas rurales. En el año de 1983, China ya tenía 2 340 hospitales generales en el nivel distrital, 2 084 centros profilácticos, 1 879 centros de salud materno-infantil, y algunos distritos tienen hospitales donde se practica la medicina tradicional china y centros de control de medicamentos, así como otras instituciones dedicadas a tratamientos específicos. Las instituciones mencionadas constituyen centros de prevención y tratamiento en todo el distrito, las cuales desempeñan un papel importante en la prevención, tratamiento, guía técnica profesional y adiestramiento de personal sanitario.

Se han construido policlínicas en 50 mil cantones del país. Estas policlínicas son entidades sanitarias generales que se encargan de orientar la técnica profesional de la administración sanitaria, la asistencia médica, la profilaxis y la planificación familiar. Ahora China cuenta con 56 mil policlínicas que tienen 746 mil camas, es decir, cada una tiene 134 camas. Los profesionales médicos son 1 millón 054 mil, con un promedio de 19 personas en cada una.

En los cantones (87% de las aldeas) se establecieron clínicas o centros de salud pública que totalizan 600 mil y son la base del trabajo sanitario en las zonas rurales.

Organizamos las unidades sanitarias en tres niveles de distrito, cantón y aldea para que se ayuden mutuamente y para que formen un cuerpo integrado (red sanitaria) de tres niveles. Con esta red como base del servicio médico para los campesinos, podemos tener una distribución racional de las unidades sanitarias y acortar la distancia de servicio médico, de manera que hemos creado condiciones favorables para la realización de la meta de la Organización Mundial de la Salud de "Salud para todos en el año 2000".

3. A fin de establecer las organizaciones básicas de salud pública en tan amplias dimensiones hemos de hacer grandes esfuerzos para resolver bien el problema de personal médico y de recursos financieros.

Nuestra resolución es: "Esfuerzo mancomunado del Estado, la colectividad y las masas; ayuda mutua de diversos departamentos; acumulación de fondos por múltiples canales y preparación de personal médico por diferentes formas". En la actualidad, las instituciones distritales son sostenidas por el Estado y su personal médico es preparado y distribuido por el mismo. En cuanto a las policlínicas de la comuna popular, sólo una tercera parte es por cuenta del Estado y el resto son colectivas. Las 610 mil clínicas de brigadas de producción corren por cuenta de las colectivas y las masas, y su personal médico es de 1 279 000 "médicos descalzos"\* y 1 928 000 trabajadores sanitarios y parteras, pero los últimos años han surgido practicantes privados en muchas zonas rurales como resultado de la reforma. De otra manera si todo servicio médico corriera por cuenta estatal, no podríamos lograr éxitos en tan corto tiempo.

Los médicos descalzos son fuerzas importantes del servicio médico primario. Hemos establecido 1 353 escuelas médicas de perfeccionamiento para preparar personal sanitario, técnicos de primer nivel y médicos descalzos. Generalmente la capacitación por la primera vez dura 6 meses y después se perfecciona la técnica en diferentes períodos. Ahora, 495 mil personas han sido perfeccionadas, han llegado a nivel de enseñanza media y han recibido el diploma de "médico rural". Los médicos descalzos atienden a los pacientes de las zonas rurales sin abandonar por ello el trabajo de producción. En el sur de China, los campesinos se dedican principalmente a la producción de arroz, trabajan sin calzado en los arrozales y es por eso que la gente cariñosamente los llama "médicos descalzos"; provienen del campo, viven y trabajan en sus propias aldeas, tienen relación con las masas y sirven en cuerpo y alma a la salud del pueblo. El principio de la preparación de los médicos descalzos consiste en la combinación de la educación ideológica y la técnica médica.

Persistimos en el principio de servir de todo corazón al pueblo, prestar asistencia médica a las familias y perfeccionar la técnica.

\* Campesinos adiestrados para dar atención médica de primer nivel en el medio rural.

ca profesional. En la preparación técnica, practicamos la integración de la medicina preventiva con la medicina clínica, la combinación de la medicina tradicional china con la occidental.

Merece destacar en particular la aplicación de la medicina tradicional, la cual incluye la herbolaria, la acupuntura, el masaje y los ejercicios respiratorios (*qigong*). La medicina tradicional nuestra tiene miles de años de historia y cuenta con ricas teorías y prácticas. Hoy en día existen en China 310 mil médicos y 965 hospitales tradicionales que totalizan 70 mil camas. Además, existen otros tipos de medicina tales como la medicina tibetana, la mongólica, etc. Tenemos abundantes recursos de herbolaria en las zonas rurales y los médicos descalzos recogen las plantas y las preparan con sus propias manos. Eso no solamente demuestra el efecto sino también reduce los gastos.

En la actualidad cada aldea tiene de dos a tres médicos descalzos, de los cuales, uno es mujer. Ellos se encargan del tratamiento, la prevención (incluyendo la vacunación), los programas de inmunización, de higiene de la alimentación y de la nutrición, de saneamiento de la comunidad, educación sanitaria, protección de la salud materno-infantil, así como de la guía técnica de la planificación familiar.

En las aldeas el personal sanitario y las parteras efectúan el trabajo preventivo y atienden casos de indisposiciones y partos al lado de los médicos descalzos.

4. Para ofrecer en forma adecuada el servicio sanitario en las zonas rurales se necesita la ayuda de los centros urbanos al campo. Cuando las organizaciones básicas de salud pública eran escasas, nosotros ayudamos al campo organizando equipos ambulantes de médicos; después, cuando estas organizaciones se popularizaron pero el nivel técnico todavía era bajo, ayudamos a elevarlo mediante el establecimiento de relaciones entre las unidades médicas de la ciudad y las del campo. Ahora el servicio médico en las zonas rurales tiene cierta base pero necesita una mejoría ulterior. Debido a las condiciones limitadas de personal y materiales hemos elaborado el plan de empezar primero la construcción de

unidades médicas en una tercera parte de distritos. Sobre la base de ayudar a las zonas rurales por parte de las ciudades, mandamos personal técnico urbano al campo, a dar clases o a hacer demostraciones para preparar al personal rural con el propósito de elevar su nivel. Además, preparamos personal rural mediante consultas médicas, cursos especiales o cursos de perfeccionamiento.

5. Para mejorar el servicio médico en las zonas rurales debemos apoyarnos en las masas. Sostenemos que el trabajo sanitario está relacionado con miles de personas, razón por la cual debemos movilizarlas para que participen en ello; por una parte, hay que enseñar a las masas los conocimientos sanitarios de prevención y tratamiento para cambiar sus condiciones y hábitos insalubres y por la otra, es necesario concentrar concienzudamente la inteligencia de la población, desplegar su iniciativa creadora, sintetizar y popularizar las experiencias del pueblo. Eso es lo más importante, particularmente en las zonas rurales.

**Señor presidente**

Lo que he presentado es la situación general de la asistencia médica primaria en nuestro país, que les servirá como referencia.

Los participantes en esta Mesa Redonda nos han demostrado en sus informes que los países en vías de desarrollo se enfrentan con los mismos problemas en el aspecto de salubridad y de seguridad social. Por lo tanto, deseamos compartir experiencias y aprender conjuntamente con los países que representan los delegados aquí presentes para promover el bienestar de toda la humanidad.



Aspecto general de la ceremonia de clausura. Delegaciones de Corea, Camerún, China, Cuba, España y Egipto.





# EXPERIENCIA NACIONAL EN MATERIA DE PROTECCION SOCIAL EN SANTA LUCIA\*

Clendon Haves Mason\*\*

- \* Documento presentado por la Delegación de Santa Lucía.
- \*\* Ministro de Seguridad Social.





Los delegados de Santa Lucía y Ruanda en su visita al Hospital Rural "S" de Cautlixco, Morelos.

## **INTERVENCION DEL SEÑOR CLENDON HAVES MASON, MINISTRO DE SALUD Y VIVIENDA, DE SANTA LUCIA**

**Gracias distinguido señor Presidente  
Distinguidos miembros del presidium  
Distinguidos delegados a esta Conferencia**

Al ser honrado, señor Presidente, con el uso de la palabra, considero que usted ha hecho honor a todo el Caribe de habla inglesa, del cual soy el único representante en esta valiosa Mesa Redonda y quiero darle las gracias por la deferencia.

Nuestra experiencia en el Caribe de habla inglesa es que el servicio de salud siempre ha estado controlado por el gobierno del país. El gobierno se ocupa de todo lo referente a los programas correspondientes, por lo que si estoy aquí esta mañana y les voy a hablar de lo que sucede en el campo de la salud en mi país o en el Caribe, esto no será bajo los auspicios del seguro nacional o de la seguridad social.

El gobierno es el encargado de atender estos asuntos, pero en el campo de la seguridad social en Santa Lucía, comenzamos en 1970 con una Caja Nacional de Previsión que en 1979 se transformó en un programa nacional de seguro completo. Dentro de este programa proporcionamos subvenciones y pensión por maternidad a las mujeres que son miembros del mismo, a quienes, cuando van a tener a sus hijos, se les otorga una subvención, principalmente para que se preparen para dar a luz; y después se les entrega una pensión durante trece semanas por el tiempo que permanezcan en su hogar debido al parto. Es decir, se les otorgan dos prestaciones: un pago global equivalente a unos cuantos cientos de dólares para que puedan comprar lo necesario para la ropa del bebé y después una cantidad equivalente a trece semanas de su salario.

Cuando un miembro muere, se otorga una asignación por funeral; también se pagan pensiones de sobrevivientes y la viuda recibe una pensión vitalicia. Asimismo, se conceden prestaciones

por invalidez en caso de que alguien sufra un accidente de trabajo; prestaciones por enfermedad cuando alguien presenta la necesaria prueba por medio de un certificado médico y la pensión por vejez que se otorga cuando se cumplen 68 años de edad.

Estas son las prestaciones que proporciona nuestra institución nacional de seguridad social. Por lo tanto, la única conexión que tenemos con la salud es el hecho de pagar el seguro de enfermedad, invalidez y vejez.

Pero el seguro social pertenece al Ministerio de Salud, y al Ministerio de Vivienda, y yo soy el Ministro de Vivienda, por lo cual puedo hablarles de esto. Pero sucede que también soy el Ministro de Salud; como ustedes ven, en mi país un ministro desempeña varios cargos porque no contamos con personal suficiente y, repito, yo soy el Ministro de Salud y Vivienda, por lo que desde el punto de vista de la salud, puedo platicarles algo respecto a lo que se está haciendo en este campo y esto es importante, porque ahora estamos discutiendo con el seguro nacional la cuestión de que se haga cargo de algunas de las instalaciones de salud de nuestro país y, por tal razón la Mesa Redonda es tan importante para mí, ya que puedo escuchar las experiencias de los demás países y así sabré cómo aplicar algunas de sus ideas a este período de cambio en mi país, donde ahora el gobierno desea trasladar al seguro nacional algunas de sus responsabilidades en el campo de la salud.

De hecho, ya lo hicimos así por primera vez este año; pero antes que nada retrocedamos un poco y veamos que en Santa Lucía todos tienen derecho a un servicio médico completo. Cuando alguien va a un centro de salud, el servicio médico y las medicinas son gratuitos. Cuando se va a un hospital, ya sea de distrito o de tercer nivel, todos los servicios son gratuitos. No se paga por el trabajo ni se pagan las medicinas.

Por primera vez este año, como muchas personas que son miembros del programa nacional del seguro acuden a los centros de salud y a los hospitales y reciben el servicio gratuitamente, hemos llegado a un acuerdo con el seguro nacional para que pague una

cierta cantidad anual al gobierno y de este modo contribuya a la administración del programa, tan sólo en este año el seguro nacional pagó un millón de dólares al gobierno; pero nos hemos dado cuenta de que resulta mejor que el seguro nacional administre trece de los programas de salud.

No sería posible trasladarle de repente la responsabilidad de manejar todo el sistema de salud del país, sino que gradualmente le iremos derivando algunas de nuestras funciones, las funciones del gobierno, y una de las prioridades que estamos considerando es que con sus recursos financieros, el seguro nacional construya una policlínica, ya que por el momento no contamos con una sola en Santa Lucía. Tenemos muchas clínicas y en un momento más voy a hablarles de ellas, pero no existe una policlínica importante donde la gente pueda ir y recibir el tipo de tratamiento secundario que ofrece un centro de este tipo.

Primero quiero hacerles saber que Santa Lucía tiene una superficie de 619 kilómetros y una población de 130 mil personas; es como una pequeña Ciudad de México, pero esa es la población total de nuestro país y tenemos que cuidarla.

Nuestro principal producto de exportación son los plátanos, del cual recibimos los ingresos más importantes en lo referente a divisas extranjeras, y la mayoría de la exportación de dichos plátanos se envía al Reino Unido.

En Santa Lucía tenemos 29 centros de salud distribuidos por toda la isla. Estos centros son manejados por una enfermera especializada a quien auxilia otra enfermera y personas de la comunidad que han recibido un curso intensivo de capacitación y que van a la comunidad, casa por casa, para detectar a los enfermos que de otro modo no recibirían atención de las autoridades.

También detectan a las personas incapacitadas, algunas que quizás han estado inválidas desde su nacimiento, y llevan un registro de todas ellas de acuerdo con las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud. Todo esto es realizado por el equipo de salud comunitaria que envía a los pacientes a los centros de

salud. A su vez, los centros de salud los remiten a los hospitales de distrito, de los cuales hay tres en la isla, y éstos los envían al único hospital general que está en la capital. Tal es la organización de nuestro servicio de salud.

También nos ocupamos de la vacunación que se lleva a cabo en las escuelas, donde los niños son vacunados contra el paludismo, la rubeola y la polio. En los centros de salud no es posible contar con los servicios de un médico de tiempo completo, como aquí en México. El doctor hace visitas periódicas por lo menos una vez a la semana, algunas veces con más frecuencia, y aparte del médico familiar general, los especialistas también van en ocasiones. Algunas veces se les avisa a las personas que un especialista en cáncer, por ejemplo, irá al centro y entonces ellos acuden a que los atienda, luego va el especialista en presión arterial y así sucede con los demás.

Contamos con un programa de nutrición que se ocupa de los niños en las escuelas, mediante un sistema de alimentación escolar, y a las madres embarazadas o los lactantes también se les proporcionan dietas nutritivas dietas especiales.

Estamos ansiosos por conocer la experiencia de México sobre medicina herbolaria, porque en Santa Lucía existe una asociación especial de personas que practican la herbolaria, no solamente aquí sino que hay muchas de ellas en Dominica, Martinica y Guadalupe; los médicos herbolarios de estos países se reúnen con cierta frecuencia para hablar sobre los avances de esta disciplina. Por eso, resultó particularmente atractivo lo que observé respecto a que también es parte importante del servicio de salud de México.

Como no estaba previsto que hablara en esta reunión, no preparé una monografía, pues no puedo monopolizar demasiado su tiempo, pero me dí cuenta de que sería interesante que como único delegado del Caribe de habla inglesa, les hablara respecto a lo que sucede en la parte del mundo que nos corresponde, y lo que he dicho sobre Santa Lucía en general es lo que sucede en la mayoría de los otros países de la región.

En nuestro sistema nacional de seguro, para darles sólo un pequeño detalle, deducimos el 5% del ingreso de cada trabajador hasta un máximo de mil dólares. El patrón lo iguala con otro 5% que ingresa al fondo que se inició en 1970 y que ahora asciende a casi 60 millones de dólares del Caribe Este, que equivale a casi 25 millones de dólares estadounidenses.

Con ese dinero hemos construido nuestra propia oficina central en la capital, Castries, que es la ciudad principal, y otro edificio en nuestra segunda ciudad, donde se ubica la mayoría de las fábricas, o sea la parte industrial del país. Además, estamos haciendo arreglos para construir otro más. Ahora bien, estos edificios se colocan junto con nuestras inversiones a largo plazo.

Como puede verse, los fondos están divididos en inversiones a corto, mediano y largo plazos, este sistema se utiliza para administración, y se dedica a las prestaciones de los asegurados, por lo que pronto estaremos listos para cumplir con todos nuestros compromisos. Los edificios que he mencionado, constituyen una forma de asegurar el ingreso de la gente, porque mientras el dinero puede reducirse por la inflación, un edificio tiende a aumentar su valor al paso de los años. Así, hemos optado por la construcción como una buena forma de invertir el dinero de los trabajadores del país.

Ahora bien, una de las cosas que esta Mesa Redonda nos ha revelado es lo que se está haciendo para mejorar la suerte de los trabajadores rurales. Y permítanme decirles que en Santa Lucía la Organización Internacional del Trabajo (OIT) está desempeñando un papel muy activo para mejorar el destino de la gente del campo, y ciertamente, en mi país se está tratando de mejorar la agricultura.

Estamos construyendo cerca de cien kilómetros de nuevas carreteras y el importante efecto de esto es que los trabajadores rurales consiguen trabajo en dichas carreteras y los que poseen tierras pueden llegar a ellas con más facilidad, pueden conseguir vehículos que los lleven hasta sus granjas y pueden transportar sus productos al mercado.

Debo decir que últimamente estas carreteras se están construyendo con la ayuda de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) — que es estadounidense— y que nos proporcionó de inmediato cincuenta millones de dólares para ayudarnos en su construcción.

También tenemos artesanías. Con la ayuda de la AID reunimos a la gente en las zonas rurales y le enseñamos cómo utilizar únicamente los productos locales para hacer canastas, como las que hay en México, máscaras, sombreros y otros objetos; la fibra del coco, por ejemplo, se utiliza para hacer máscaras. Luego se forman cooperativas para trabajar unidos y conseguir un mercado exterior para exportar los artículos y en el gobierno existe un agente que se dedica a buscar mercados en el exterior.

También estamos invitando a los industriales para que vengan a Santa Lucía, y las fábricas que hacen vestidos o se dedican a la elaboración de equipos electrónicos, están llegando gradualmente. Como resultado de este desarrollo, cuando estuve en Washington con motivo de la Reunión de Ministros de Salud, arreglé con la Organización Panamericana de la Salud que enviara a sus expertos a Santa Lucía para que nos asesoren respecto a los productos químicos, porque algunas de estas fábricas se dedican al teñido de telas en diferentes colores, y al usar los productos químicos que dan los diversos tintes, habrá algunos efectos positivos, primero en las personas que utilizarán los colorantes — por eso queremos saber qué tipo de ropa de protección y equipo pueden usar— y segundo, el efecto de los excedentes de dichas fábricas en la ecología del país, en el mar y en las aguas de los ríos; queremos saber los posibles efectos que tendrán en la vida marina y en los peces, porque la gran mayoría de la vida rural de Santa Lucía depende de la pesca. Los pescadores desempeñan una función muy importante, no sólo porque así se ganan la vida, sino también porque abastecen a la población con las proteínas necesarias.

La Organización Panamericana de la Salud enviará a Santa Lucía la próxima semana a un experto en control de contaminación, para que nos asesore sobre este importante aspecto de la salud.

Esto es, señor Presidente, en pocas palabras lo que hacemos en Santa Lucía. El gobierno se encarga ahora de casi todo, y la seguridad social deberá asumir gradualmente la responsabilidad de estos asuntos. Quiero agradecerle profundamente el que me haya dado la oportunidad de hacer estas observaciones en nombre propio y en el del Caribe de habla inglesa.

También quiero aprovechar esta oportunidad, para agradecer a nuestros anfitriones la excelente hospitalidad que han puesto a nuestra disposición. Ha sido realmente un placer. Esta es mi segunda visita a su hermoso país. Estuve aquí con motivo de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas y, a raíz de mi experiencia del mes de agosto, estaba ansioso por volver y no me arrepiento de haberlo hecho. Por el contrario, estoy tratando de arreglar una tercera visita que, espero, será para ver un poco más del mundo de COPLAMAR, y me gustaría volver pero no a una conferencia, sino sólo para poder disfrutar de la enorme experiencia que tienen en México.

Una de las cosas que puedo decirles es que intento poner en práctica la idea de los comités para los centros de salud que visitamos. Observé que tienen de tres a cuatro personas del distrito a cargo de dichas organizaciones, de los edificios, de los jardines y de otras instalaciones. Es una idea excelente, porque cuando la gente de la zona sabe que tiene la responsabilidad de cuidarlas en su distrito, sienten un orgullo especial por ello y las cuidan con especial esmero. Esa es una de las muchas lecciones que he aprendido y que pienso poner en práctica cuando vuelva a mi país.





El delegado de la República Popular de China contesta las preguntas que le hicieran los participantes de la Mesa Redonda. Preside la sesión el licenciado Ricardo García Sáinz, director general del IMSS y presidente del CPISS.

EL SERVICIO DE SALUD  
PARA LOS INDIOS:  
UN PROGRAMA GLOBAL DE ATENCION  
A LA SALUD PARA LOS INDIOS  
NORTEAMERICANOS Y ABORIGENES  
DE ALASKA\*

Jimmy R. Mitchell\*\*  
Johu G. Tood\*\*\*

\* Ponencia presentada por la Delegación de los Estados Unidos.

\*\* Director Interino de la División de Actividades Sanitarias de Apoyo. Servicio de Salud para los Indios. Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos.

\*\*\* Asesor en Salud. Servicio de Salud para los Indios.



## PROLOGO

El Servicio de Salud para los Indios se encarga de prestar servicios integrales de salud — atención preventiva, curativa, de rehabilitación y ambiental— a más de 930 000 indios americanos y aborígenes de Alaska elegibles.

A partir de 1955, este organismo dependiente del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos ha avanzado notablemente al elevar el estado de salud de estas personas al nivel más alto posible. Al luchar por la consecución de esta meta, el personal destinado tiene tres objetivos fundamentales:

1. Prestar servicios de salud de la más alta calidad posible.
2. Ayudar a las tribus y empresas aborígenes a desarrollar su capacidad para contratar personal y administrar los programas de salud; y
3. Actuar como gestor federal en asuntos relacionados con la salud.

La prestación de servicios de salud se logra mediante una asociación federal-tribal que cuenta con un fin común. Nos complace informar que la brecha que existía en materia del estado de salud entre los indios norteamericanos/aborígenes de Alaska y el resto de la nación se hace cada vez menor.

Con objeto de conservar y aumentar el apoyo público y gubernamental, es necesario que exista una mayor comprensión de los servicios de salud que se prestan a los indios norteamericanos y a los aborígenes de Alaska. Este es el fin que persigue este documento.

**Dr. Everett R. Rhoades,**  
Cirujano general adjunto,  
Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos  
Director del Servicio de Salud para los Indios

## INTRODUCCION

Al igual que todos los ciudadanos, los indios norteamericanos y los aborígenes de Alaska disfrutan de los programas de salud pública destinados a mejorar la atención a la salud de toda la población de Norteamérica. Los miembros de las tribus indias y los aborígenes de Alaska reconocidos por el gobierno federal también tienen derecho a recibir los servicios de salud prestados por el Servicio de Salud para los Indios (IHS), un organismo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud adscrito al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. La responsabilidad del gobierno federal por más de 930 000 indios y aborígenes de Alaska tiene una larga historia, la cual se inicia en los tratados que se remontan a 1784 y se establece posteriormente mediante leyes promulgadas por el Congreso.

Los miembros de 487 tribus reconocidas por el gobierno federal habitan primordialmente en las reservas indias federales y en pequeñas comunidades rurales. La mayor parte de las 28 entidades federativas en donde se localizan estas reservas están ubicadas en la mitad occidental del país. Los aborígenes de Alaska, que incluyen pueblos de las tribus atapascanas, tsimp-sian, tlingit y haída y los esquimales y aleutianos, viven dispersos por toda Alaska, predominantemente en pueblos distantes y aislados.

Los indios y los aborígenes de Alaska han conservado gran parte de su cultura tradicional. Algunos, en especial los mayores, hablan poco o nada de inglés. Se encuentran entre los grupos más pobres de la población norteamericana y a menudo carecen de los requisitos indispensables para la vida como una buena nutrición y un entorno higiénico. Muchas de las reservas y comunidades se localizan en zonas aisladas e inhóspitas, donde con frecuencia las condiciones climáticas son desapacibles. Estas situaciones, aunadas a una carencia de caminos transitables, dificultan el transporte. En muchas áreas de Alaska no existen caminos y las personas enfermas o lesionadas tienen que ser transportadas por aire a fin de llevarlas a las instalaciones de salud.

Existen numerosos problemas relacionados con la salud en altas proporciones entre los indios y aborígenes de Alaska. Algunos de salud mental, otitis media (enfermedad del oído medio), diabetes, deficiencias nutricionales y mala salud dental. Otras preocupaciones importantes son las necesidades de salud materno-infantil, condiciones ambientales insalubres y problemas relacionados con la edad.

Sin embargo, se han logrado grandes avances al combatir los problemas de la salud, en especial las enfermedades contagiosas. Por ejemplo, en 1955, ocho de cada mil indios aproximadamente enfermaban de tuberculosis. Para 1982, el número bajó a menos de uno en mil, lo que representa una disminución de 95% en la tasa de morbilidad. También se han presentado reducciones en las tasas de morbimortalidad. La tasa de mortalidad entre lactantes para el trienio de 1978-1980 bajó en un 77% con relación a la de 1954-1956 y la neumonía y la influenza registraron una baja del 73%. La tasa de mortalidad por enfermedades gastrointestinales declinó en 90% desde 1954-1956.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer para que los indios y los aborígenes de Alaska tengan la misma salud que los demás norteamericanos. A fin de reconocer esto y junto con el deseo de todas las tribus de tener un mayor control de su propio destino, el Congreso aprobó dos leyes sobresalientes.

En 1975 se promulgó la Ley Pública 93-638, la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa para los Indios, relativa a las actividades del Servicio de Salud para los Indios y la Dirección de Asuntos Indios del Departamento del Interior. Esta legislación robustece y mejora la política duradera del IHS de brindarles la máxima oportunidad para participar significativamente en sus propios programas. En forma concreta, la ley proporciona a los grupos de tribus indias y aborígenes de Alaska la alternativa de administrar y operar los programas de atención a la salud en sus propias comunidades. Asimismo, autoriza la asistencia, en caso necesario, para cualquier tribu o grupo que desee desarrollar o mejorar sus capacidades para aprovechar esta opción.

La Ley de Mejoramiento de los Servicios de Salud para los Indios, Ley Pública 94-437, promulgada en 1976, y la Ley Pública 96-537 reformada en 1980, están destinadas a elevar el nivel de salud de los indios y aborígenes de Alaska para que equivalga al de la población general, mediante un programa de siete años de niveles con recursos más elevados autorizados en el presupuesto del IHS. Se emplearon recursos adjudicados para ampliar los servicios de salud, construir y remodelar las instalaciones médicas y acelerar la construcción de instalaciones de agua potable y eliminación sanitaria de desechos. La ley también establece la creación de programas elaborados para aumentar el número de profesionales indios de la salud para satisfacer sus necesidades y mejorar el acceso a los servicios de la salud de aproximadamente medio millón de indígenas que viven en zonas urbanas.

## **MISION Y ORGANIZACION**

La misión de IHS es garantizar la disponibilidad de un sistema integral para la prestación de servicios de salud que brindara a los indios y aborígenes de Alaska la oportunidad de participar en la mayor medida posible en la definición y satisfacción de sus propias necesidades en materia de salud.

Para lograr esto, el Servicio de Salud para los Indios tiene tres objetivos fundamentales:

1. Prestar servicios integrales de salud de la más alta calidad posible, los cuales incluyen atención médica hospitalaria y ambulatoria, servicios de prevención y rehabilitación y programas de salud comunitaria y ambiental, entre ellos, la construcción de instalaciones hidráulicas y de sanidad.
2. Ayudar a las tribus y a las empresas aborígenes a desarrollar sus capacidades para contratar personal y administrar los programas de salud y brindarles la oportunidad de asumir la autoridad operativa en los programas si es que así lo desean.
3. Actuar como abogado federal de los indios y aborígenes de Alaska en asuntos relacionados con la salud.

Al cumplir con su misión, el Servicio de Salud para los Indios interactúa con organismos federales y estatales y con otras instituciones privadas y públicas desarrollando métodos para prestar servicios de salud, aprovechar los recursos humanos en forma constructiva, estimular la participación del consumidor y aplicar los recursos.

### **Administración del área/programa**

La sede del Servicio de Salud para los Indios está ubicada en Rockville, Maryland, un suburbio de Washington, D.C. El personal coordina y vigila las actividades de área y de campo, elabora información estadística y apoya el desarrollo de políticas, el presupuesto, la formulación, planeación, instrumentación y evaluación de programas, la administración de operaciones, el desarro-



llo comunitario y de asuntos tribales aplicables en el programa de salud integral de los indios.

### **Administración de campo**

Desde el punto de vista administrativo, el IHS se encuentra dividido en ocho oficinas de área y cuatro oficinas programáticas. Cada oficina se encarga de hacer funcionar el programa del IHS dentro de la zona geográfica asignada. Las responsabilidades de estas oficinas administrativas de campo incluyen: presupuestación, operación, administración de personal y patrimonio, planeación, instrumentación y evaluación programática, asuntos tribales, desarrollo comunitario, información estadística, administración de subvenciones y contratos, y salud ambiental. El personal de las ramas de servicios de salud de las oficinas de área y programáticas, como enfermería, odontología y otras disciplinas, trabaja con el personal correspondiente en el nivel de prestación de servicios en las instalaciones del IHS.

La unidad de servicio, la subdivisión administrativa de la oficina de área y programática se encarga de la prestación de los servicios del nivel local. Hay 98 unidades de servicio en el IHS; cada una comprende una zona geográfica definida como la reserva india o la concentración de población. (Alaska, Nevada y Oklahoma son áreas estatales de servicio sin reservaciones).

Unas cuantas unidades de servicio atienden a una serie de reservaciones pequeñas y, por lo contrario, algunas reservaciones grandes, como aquella de la tribu de los návajos que comprende 25 516 millas cuadradas y en el año fiscal de 1985 tiene una población de servicio de 166 000 personas, son atendidas por varias unidades de servicios. Por lo general, estos elementos básicos de prestación de servicios de salud cuentan con un hospital de IHS o centro de salud, donde se proporcionan servicios de consulta externa.

### **El programa diferente del Estado de California**

En el estado de California, los servicios de salud se brindan a los indios por medio de contratos celebrados con organizaciones in-

dias y tribales no lucrativas, y, por ende, las funciones de la Oficina Programática de California son diferentes en cierto sentido a las de otras áreas y programas del IHS. No existen hospitales manejados por el IHS y en lugar de contar con unidades de servicios, el Estado se encuentra dividido en áreas de servicio 19 programas de salud rural financiados por el IHS prestan servicios en 17 centros de salud y 10 puestos de salud. De los convenios de servicios para los centros y clínicas de salud, todos son contratos regidos por la Ley Pública 93-638 y 10 son contratos indios de compra.

Todos los programas de salud salvo dos reciben financiamiento del Estado y por lo tanto deben observar reglamentos adicionales. Estos reglamentos incluyen el uso de terceros que hacen pagos (Medicare, Medi-Cal y seguros privados de atención a la salud), y la prestación de servicios a personas no indias.

La Oficina Programática de California también administra los contratos de 9 centros de servicios de salud urbanos. Los servicios contra el alcoholismo en California y Hawai son contratados por 14 organismos indios.

### **Investigación y desarrollo**

La Oficina de Investigación y Desarrollo (ORD) ubicada en Tucson, Arizona, combina las acciones de capacitación, investigación de servicios y desarrollo programático del IHS con los programas de servicios de salud para las tribus pápago y yaqui. La ORD brinda consultoría y asistencia técnica al IHS y a los grupos tribales y de aborígenes de Alaska en la evaluación, diseño, instrumentación, y control de calidad de los sistemas de administración y prestación de servicios de salud. Se desarrollan y demuestran los nuevos métodos y técnicas para la participación de la comunidad india. La ORD también coordina actividades de investigación y desarrollo en materia de salud, orientadas a mejorar la salud de los pueblos indios.

La capacitación para el personal del IHS, tribal y de aborígenes, está diseñada para aumentar la competencia técnica y acelerar

la transición de la toma de decisiones programática al pasarla de los profesionales de la salud no indios a los dirigentes comunitarios indígenas.

### **Un enfoque global**

El Servicio de Salud para los Indios opera un programa integral de servicios de salud elaborado a fin de satisfacer las necesidades de los pueblos indios y de aborígenes de Alaska. El programa se planea y se realiza en colaboración con los organismos indios en los niveles nacional, regional y local, por entidades federativas, estatales y locales, instituciones educativas, sociedades profesionales, asociaciones voluntarias de salud y otras.

En la medida en que lo permiten los recursos, los indios y aborígenes de Alaska atendidos por el IHS reciben una amplia gama de servicios de medicina preventiva de nivel primario (hospitalario y ambulatorios), de salud comunitaria y de rehabilitación. La atención médica secundaria, los servicios médicos altamente especializados y la rehabilitación son prestados por el personal del IHS o mediante contrato por proveedores que no pertenecen a la institución. Las actividades de salud preventiva representan un foco primordial de la estrategia de salud integral del IHS. Asimismo, se destaca el estímulo y mejoramiento de la participación india. Esto incluye ampliar los recursos humanos indios dentro del IHS con profesionales de administración y prestación de servicios de salud, fortalecer la influencia india en la formulación de políticas del IHS y desarrollar y mejorar las aptitudes de los grupos tribales y aborígenes para administrar y operar los programas de salud.

### **Servicios médicos de nivel primario**

El programa del IHS está orientado a la comunidad. Los cimientos del programa están contruidos con un sistema de instalaciones de atención hospitalaria y ambulatoria que el IHS opera en las reservaciones indias y en las comunidades de indios y aborígenes de Alaska. Los 48 hospitales del IHS (desde el primero de octubre de 1983) varían en tamaño entre 12 y 170 camas. Tres de ellos

— en Phoenix, Arizona; Gallup, Nuevo México y Anchorage, Alaska — también sirven como centros de referencia, capacitación e investigación. Asimismo, dentro de esta red de instalaciones de servicios de salud, hay 72 centros de salud, 12 centros de salud escolares y más de 500 puestos y clínicas de salud satélites de campo. Además, se instalan clínicas médicas y dentales adicionales donde se estima necesario.

En los sitios donde el IHS no cuenta con sus propias instalaciones o no está dotado para prestar un servicio concreto, emplea a proveedores contratados para servicios hospitalarios, entidades de salud estatales y locales, instituciones de salud tribales y prestadores individuales de servicios de salud. Los servicios adquiridos mediante contratos pueden incluir atención primaria, secundaria y de rehabilitación, servicios especializados de diagnóstico y terapéuticos y actividades de salud pública con alcance comunitario.

Los programas de salud contratados con las tribus se efectúan primordialmente conforme a lo dispuesto por la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa de los Indios, Ley Pública 93-638. Promulgada en 1975, esta ley establece que las tribus indias, por su propia iniciativa, están autorizadas para administrar los programas de salud o partes de los mismos que son manejados actualmente por el IHS.

Bajo las disposiciones en materia de contratos de la Ley Pública 93-638, las tribus operan tres hospitales y 263 clínicas de salud. Muchas tribus operan porciones de programas de salud como los de alcoholismo, salud mental, ayuda a la salud comunitaria, servicios de salud por contrato y servicios de salud ambiental. Como parte del intento del Congreso y del espíritu de esta Ley, es esencial que el IHS proporcione asistencia técnica y apoyos de toda índole para ayudar a las tribus a tener éxito en sus esfuerzos de autodeterminación.

En la actualidad, los servicios directos, por contrato y proporcionados por contrato por las tribus del IHS representan aproximadamente 420 000 consultas externas y 105 000 ingresos hospitalarios cada año, además de una amplia gamma de servicios de salud comunitaria.

El personal clínico de las unidades de servicio del IHS comprende médicos, odontólogos, enfermeras, farmacéuticos, dietistas titulados, técnicos laboratoristas y radiólogos, y auxiliares médicos y odontólogos. Los estudiantes de salud comunitaria (auxiliares médicos capacitados por el IHS), profesionales de enfermería y comadronas enfermeras completan este equipo clínico de servicios de salud, y muchas veces prestan estos servicios en instalaciones ambulatorias remotas. El trabajo del personal de archivos de salud, ingeniería, tareas de rutina, mantenimiento, servicio dietético, aprovisionamiento, administrativo y clínico, apoya en sus labores al personal clínico.

### **Servicios de salud preventiva**

El personal clínico y de campo presta los servicios de salud preventiva en las instalaciones tribales y del IHS, formando equipos integrados que trabajan dentro de la comunidad indígena. Los servicios prestados incluyen: atención prenatal, posnatal para mantener un bebé sano, planificación familiar, salud dental, nutrición, vacunación, acciones de salud ambiental y educación de la salud. Entre los programas contenidos en el enfoque integrado para la salud preventiva se encuentran la enfermería de salud comunitaria, odontológica, trabajo social médico, salud ambiental y educación para la salud.

### **Enfermería para la salud comunitaria**

La prevención de las enfermedades y la promoción y conservación de la salud son los enfoques primordiales del programa de enfermería del IHS. Las enfermeras participan en la planeación y coordinación de programas y servicios de salud comunitaria, la determinación de las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, la evaluación de las condiciones de salud, la planeación y la valoración de prácticas de salud, y además, proporcionan servicios primarios de salud. En muchos de estos esfuerzos, la enfermera de salud comunitaria trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales en especial con representantes de salud comunitaria, auxiliares de salud materno-infantil y otros trabajadores indígenas auxiliares.

Las enfermeras de salud comunitaria ayudan a prevenir complicaciones en el embarazo y a mejorar las condiciones generales de salud de madres indias grávidas y de sus hijos promoviendo una atención temprana en el embarazo.

Se ha demostrado que las consultas domiciliarias tempranas a los recién nacidos y la atención especial a los lactantes de familias de alto riesgo son muy benéficas para reducir la morbimortalidad. Asimismo, las enfermeras de salud comunitaria del IHS investigan las causas de enfermedades contagiosas por medio de visitas domiciliarias, fortalecen la enseñanza de la salud en el hogar, la comunidad y en el medio clínico, proporcionan asesoría y orientación en materia de salud y vida familiar a adolescentes y adultos jóvenes e inmunizan a lactantes y niños contra enfermedades infecciosas.

### **Salud odontológica**

Los servicios odontológicos se prestan en 225 hospitales, centros de salud y otras instalaciones fijas del IHS, así como en 28 unidades dentales móviles. En algunas localidades, sobre todo en Alaska, equipos dentales itinerantes del IHS con equipo portátil visitan poblados aislados, a menudo mediante transportación en aviones o barcos.

Los objetivos del programa de atención odontológica primaria son, la reducción de las pérdidas dentarias y disminución de la frecuencia de caries dental así como la severidad de enfermedades parodontales. Los facultativos del IHS prestan atención especial a las actividades preventivas que tienen un impacto favorable sobre estas metas.

El programa odontológico otorga prioridad a la atención odontológica preventiva y correctiva que resultará en la máxima salud bucal para el mayor número posible de personas. Se pone énfasis en medidas eficaces para prevenir enfermedades y disminuir la pérdida de piezas dentales. Se alientan medidas eficaces para prevenir la caries como la fluorización del agua, que proporciona beneficios en el nivel comunitario. Con objeto de asegurar que el equipo de fluoridación instalado en los sistemas comunitarios in-

dios de abasto de agua funcione de manera eficaz y segura, el personal de salud odontológica colabora estrechamente con el personal del programa de salud ambiental del IHS y con trabajadores tribales.

Los servicios clínicos se prestan según la demanda de atención en todas las edades, recalando el tratamiento precoz y la educación del paciente a fin de limitar la gravedad de las enfermedades parodontales y las caries. Grupos especiales de población que incluyen a niños y a personas confinadas a su hogar, ancianas y minusválidas, presentan circunstancias especiales que son atendidas por los profesionales odontológicos del IHS conjuntamente con trabajadores de salud ambiental, enfermeras de salud pública, nutriólogos y farmacéuticos así como empleados y voluntarios tribales.

### **Trabajo social médico**

El programa de trabajo social médico del IHS está dirigido a los problemas sociales y emocionales de los pacientes que interfieren con el tratamiento médico. Al trabajar estrechamente con médicos y enfermeras, los trabajadores sociales profesionales y asociados paraprofesionales manejan problemas relacionados con los pacientes o con el personal correspondiente como, por ejemplo, temor a los procedimientos terapéuticos, ajuste a las limitaciones impuestas por las condiciones médicas y preocupación por la atención infantil o pérdida de ingresos durante la hospitalización. Sus evaluaciones clínicas e intervenciones contribuyen en los planes de tratamiento y en la continuidad de la atención.

Otra parte del programa de trabajo social médico es su función de enlace con organismos comunitarios. A menudo, los problemas detectados por el personal médico precisan de ayuda externa como por ejemplo, para ocuparse de la sospecha de maltrato a un niño o la necesidad de llevarlo a un asilo. El conocimiento de los recursos opcionales y los contratos comunitarios efectuados ayudan a los trabajadores sociales a obtener servicios complementarios para los pacientes y sus familiares.

## Salud ambiental

Los servicios de salud ambiental forman una parte especialmente importante de la iniciativa de salud preventiva del IHS en virtud de que abordan el amplio espectro de condiciones en los hogares y comunidades que contribuyen tan notablemente a la elevada tasa de morbimortalidad de los pueblos indios. Se reconoce que el entorno, que comprende el hogar, la comunidad y el recinto laboral y los alrededores, es un factor vital en la salud y bienestar global de todas las personas.

El programa de salud ambiental del IHS abarca la prestación de un conjunto amplio e integral de servicios. El personal participa intensamente en los esfuerzos para mejorar la abundancia y calidad del agua usada en los hogares indios y para proporcionar medios seguros y sanitarios para la eliminación de desechos sólidos y líquidos. Las actividades relacionadas incluyen planeación ambiental, salud y seguridad ocupacional, control de accidentes en la comunidad, control de contaminación del aire, agua y desechos sólidos, y salud ambiental institucional en áreas de reservaciones. Los miembros del personal abarcan ingenieros ambientales, especialistas en sanidad, técnicos en ingeniería y salud ambiental y coordinadores de control de accidentes en la comunidad.

Típicamente, las acciones de los programas de salud ambiental son las siguientes:

- Evaluaciones continuas de condiciones ambientales cambiantes y planeación conjunta con los funcionarios tribales para la elaboración de programas integrales de salud.
- Participación en la investigación de brotes de enfermedades contagiosas y lesiones e iniciación de medidas correctivas de control ambiental.
- Ejecución de evaluaciones del plano comunitario e individual para determinar y eliminar deficiencias de la salud ambiental.



- Proporcionar asistencia técnica y capacitación a las comunidades indias en el funcionamiento y mantenimiento de instalaciones de abasto de agua y de alcantarillado.
- Valor las instalaciones institucionales manejadas por la Dirección de Asuntos Indios y el Servicio de Salud Pública y hacer recomendaciones a los encargados para que puedan lograr un entorno saludable.
- Ayudar a las tribus en el desarrollo y adopción de reglamentos y códigos sanitarios.
- Detección y recomendación de medidas preventivas para las causas de accidentes en los pueblos indios.
- Desarrollar trabajos a fin de lograr paliativos para las viviendas atestadas y subestándar, abastos insalubres de agua y falta de instalaciones sanitarias para la eliminación de desechos. La legislación fundamental para combatir las dos últimas condiciones es la Ley Pública 86-121-Ley de Instalaciones Sanitarias para los Indios. Desde que se aprobó esta ley en 1959, hasta el año fiscal de 1982, el IHS inició más de 3 300 proyectos para proporcionar a los hogares y comunidades indias las instalaciones sanitarias. Al término de todos estos proyectos, 136 300 hogares indios (78 900 viviendas nuevas o mejoradas y 57 400 ya existentes) contarán con agua corriente y medios para la eliminación segura de desechos. Gran parte de este trabajo se realizó conforme a convenios de cooperación con la Dirección de Asuntos Indios, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, la antigua Oficina de Oportunidades Económicas y diferentes autoridades de vivienda indias.

Otros proyectos iniciados bajo la Ley Pública 86-121, incluyen encuestas de ingeniería, construcciones de urgencia, asistencia técnica y capacitación para empleados tribales en el uso, cuidado y mantenimiento de instalaciones construidas. Los pueblos indios han participado en los proyectos de la Ley Pública 86-121 al aportar mano de obra, materiales y fondos.

## **Educación para la salud**

El programa de educación para la salud del IHS, relativo a enfermedades específicas así como a peligros de salud y seguridad entre indios y aborígenes de Alaska, está diseñado para ayudarles a asumir mayores responsabilidades individuales, familiares y comunitarias por medio de la participación. El programa procura aumentar la comprensión de la naturaleza de la enfermedad y cómo se puede reducir o alentar el uso más analítico de los servicios de salud, desarrollar el liderazgo indio al asumir la responsabilidad de aspectos de salud y lograr la participación más completa de otros organismos que cuentan con potencial para contribuir a mejorar la salud de esta población.

## **Preocupaciones especiales de salud**

El IHS y los dirigentes tribales sienten preocupación especial por ciertos problemas relacionados con la salud debido a sus repercusiones en la comunidad india. Entre éstos se encuentran los accidentes, el alcoholismo, la depresión y otros padecimientos mentales, la preocupación por la salud materno-infantil, mala nutrición y edad avanzada. Muchos de ellos se relacionan con la desorganización social. La estrategia para hacer frente a estos difíciles problemas se centra en medidas preventivas globales y en extensas acciones comunitarias y de control.

## **Alcoholismo**

El alcoholismo y el abuso del alcohol continúan siendo las causas principales de problemas de salud entre los aborígenes norteamericanos. Existe la creencia ampliamente difundida de que el 95% de los indios y aborígenes de Alaska están afectados directa o indirectamente por el abuso del alcohol de un familiar. Esto lo confirma el Centro Nacional de Estadísticas para la Salud, cuyos datos muestran que cuatro de las diez causas principales de muerte entre los indios —accidentes, hepatopatía crónica y cirrosis, suicidio y homicidio— pueden relacionarse directa o indirectamente con el abuso del alcohol. El Centro Nacional Distribuidor de Información del Alcohol señala que los indios tienen la

frecuencia más alta conocida de problemas relacionados con la ingestión de alcohol al considerarlos junto con otros grupos especiales. El alcoholismo es causa de mucha de la desorganización social que ha resultado en hogares desintegrados, violencia, arrestos, accidentes automovilísticos, desempleo y desperdicio de vidas y de potencial humano. Además de la desorganización social, el alcoholismo ocasiona o contribuye a un conjunto de incapacidades físicas que deben ser tratadas por el IHS y que consumen recursos para la atención médica que se necesitan para confrontar otros problemas de salud más apremiantes.

El Capítulo II de la Ley de Mejoramiento de Atención a la Salud de los Indios, Ley Pública 94-437, dispone la transferencia de programas bien madurados (6 años de financiamiento) de lucha contra el alcoholismo para los indios y aborígenes de Alaska de la jurisdicción administrativa del Instituto de Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) al IHS. Con objeto de coadyuvar en esta transferencia así como constituir un punto focal para destacar el programa de abuso del alcohol y alcoholismo como un problema de salud socioeconómico prioritario, el IHS estableció una Oficina Especial de Programas contra el Alcoholismo. La transferencia de todos los programas se terminó en 1983.

El IHS presta creciente atención a la prevención de este grave problema. Muchos programas intentan la prevención innovadora en actividades especialmente destinadas a los jóvenes.

### **Diabetes**

En años recientes la diabetes se ha tornado en un importante problema de salud para los indios. Las complicaciones de este padecimiento tales como la ceguera, insuficiencia renal y amputación afectan a personas con diabetes crónica. En 1981, la diabetes era la segunda causa principal de consulta externa de adultos en las instalaciones del IHS.

Se están elaborando programas en todo el IHS a fin de ayudar al indio y al aborígen de Alaska a comprender la diabetes y a cuidarse solos. La atención de la diabetes debe adaptarse conforme

a las necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes. El programa modelo contra el padecimiento ha servido como foco para dichas acciones.

### **Accidentes**

La segunda causa principal de muerte entre los indios y aborígenes de Alaska son los accidentes. Durante el trienio de 1978-1980, de las 19 474 muertes de indios y aborígenes de Alaska ocurridas en las 28 entidades federativas a cargo del IHS, 3 805 fallecimientos (19.5%) se debieron a accidentes y 4 058 decesos (20.8%) a cardiopatías. La tasa de mortalidad, ajustada según la edad, correspondiente a los accidentes de 1980 entre los indios se encontraba un 154% por arriba de la de todas las razas de la Unión Americana y la relación de tasas de mortalidad debidas a accidentes de tránsito ajustadas conforme a la edad para ese año comparada con la de todas las razas de los Estados Unidos era 2.7 veces más alta.

Los accidentes representan la segunda causa principal de hospitalización de pacientes de medicina general y cirugía en el IHS y en hospitales bajo contrato —12 795 altas y 70 045 días de estancia hospitalaria ocasionadas por accidentes durante 1982. A fin de combatir este problema, los miembros del personal de salud ambiental del IHS trabajan con otras disciplinas de la salud y con las tribus para integrar equipos comunitarios de control y prevención de accidentes y para capacitar y ofrecer directrices relativas a la seguridad en el hogar y en la comunidad. Muchas tribus establecieron programas de control contra accidentes en los cuales representantes de salud de la comunidad especialmente capacitados desempeñan un papel primordial para reducir o eliminar las causas de los mismos. Los programas comunitarios contra el alcoholismo también desempeñan una función al atacar la alta tasa de accidentes entre los indios y aborígenes de Alaska.

### **Salud materno-infantil**

En las áreas de prestación de servicios del IHS se promueve un enfoque multidisciplinario coordinado a fin de satisfacer las ne-

cesidades globales de salud de niños, jóvenes y familias de los indios y aborígenes de Alaska, recalcando los servicios a mujeres en edad fértil, lactantes y niños, reconociendo la importancia de la familia como unidad básica de nuestra sociedad, un objetivo para la década de los ochenta es promover la atención concentrada de la familia en todas las instalaciones del IHS que prestan servicios de salud materno-infantil (MCH). La sensibilidad a las creencias y prácticas culturales relativas a la MCH constituye un componente primordial para apoyar la estructura familiar.

Los programas de salud para lactantes, niños y jóvenes van desde vigilancia para que los niños estén sanos hasta programas especializados para los pacientes con incapacidades del desarrollo y crónica y gravemente enfermos. La alta tasa de morbimortalidad infantil se combate incrementando la atención prenatal precoz para la mujer embarazada y la atención continua después de que ella y el niño son dados de alta del hospital. Las actividades de educación para la salud realizadas antes y después del parto ayudan a la mujer a perfeccionar sus aptitudes para cumplir como madre y cuidar de su hijo, mientras que las actividades de educación para la salud realizadas durante las visitas a niños sanos o durante un padecimiento grave aumentan el conocimiento de los padres sobre crecimiento y desarrollo normales, cómo reconocer enfermedades que ameriten intervención médica, promoción de buenos hábitos y salud y beneficios que se desprenden de visitas regulares a la clínica para supervisar y mantener la salud de los niños.

La meta de las acciones del servicio de salud para mujeres es prestar servicios a fin de fomentar y conservar la salud con referencia al parto (obstetricia) y el ciclo reproductivo (ginecología) lo que también incluye los servicios de prevención, intervención y rehabilitación. Los servicios de planificación familiar para proteger la salud de la mujer y promover un entorno familiar feliz y saludable son partes importantes del programa global.

### **Salud mental**

Los problemas de salud mental han aumentado a medida que los indios y aborígenes de Alaska están cada vez más atrapados en

el conflicto entre sus culturas tradicionales y las exigencias de la sociedad moderna. La gravedad de este problema se demuestra con la tasa de suicidios de 1980 ajustada según la edad, que es de 1.2 veces superior a la de todas las razas de la población estadounidense y su tasa de homicidios que es 1.7 veces mayor.

Con frecuencia los problemas emocionales y padecimientos conductuales se manifiestan entre los niños indios en su lucha por lograr una identidad y la autosuficiencia en una nueva estructura social. Existe la creciente necesidad de contar con mayor participación en asesoría y guía de salud mental para los niños y desarrollo de nuevos métodos eficaces a fin de impedir traumas posteriores al niño en crecimiento.

Los programas elaborados por el IHS están destinados a ayudar al indio a sobreponerse a las barreras culturales y lingüísticas. Antes de la iniciación de estos programas, las personas que necesitaban atención eran enviadas a psiquiatras y a otros profesionales que conocían poco de las realidades de la vida de los indios. Los encuentros resultantes eran a menudo confusos y desalentadores para el paciente y para el psiquiatra.

El esfuerzo en actividades de salud mental realizado por el IHS incorpora dos requisitos indispensables —un esfuerzo continuo para comprender la vida, las ideas y el lenguaje indígena y una extensa participación india en el programa.

### **Nutrición**

La promoción óptima de nutrición y atención nutricional es elemento esencial de cada programa de salud bien planeado y reviste una importancia especial en cuanto a la calidad de la salud de los indios y aborígenes de Alaska. Para aquellos sujetos considerados dentro del riesgo nutricional —lactantes, niños en edad preescolar, adolescentes, mujeres grávidas y lactantes, ancianos y enfermos crónicos— son esenciales las prácticas de nutrición acertadas.

En el IHS, la atención nutricional constituye una parte integral de la prestación de servicios de salud. Se pone énfasis en incor-

porar la educación nutricional en cada programa de servicio de salud, social y educativo y de asistencia alimentaria existente.

El programa nutricional y dietético comprende servicios de nutrición, de atención preventiva y directa a los pacientes, funcionamiento de los departamentos dietéticos en hospitales del IHS, capacitación y desarrollo profesional para los indios en servicios alimentarios y nutrición comunitaria, preconizando el mejoramiento de la cantidad y calidad nutricional del abasto de alimentos y educación y capacitación dentro del servicio.

### **Otitis media**

La otitis media, enfermedad del oído medio, substituyó a la tuberculosis como el principal problema de salud de los indios antes de 1971 cuando se inició el Programa de Otitis Media del IHS con financiamiento especial proveniente del Congreso. Con fondos adicionales adjudicados en 1974, el IHS creó programas de en cada área administrativa, amplió las campañas de prevención, aumentó la búsqueda de casos y el tratamiento de los agudos, intensificó el tratamiento de pacientes crónicos y la corrección de sus complicaciones y expandió las medidas de rehabilitación.

Como resultado de estos programas, en muchas áreas la frecuencia de otitis media crónica se ha reducido a un nivel equivalente o menor que la tasa observada en la población nacional no india. En instalaciones seleccionadas se han realizado esfuerzos encaminados a tratar enfermedades ocasionadas por las deficiencias del habla y del lenguaje, aunados al establecimiento de clínicas de especialidades que atienden a niños con caras desfiguradas, incapacidades del aprendizaje, sordera y programas de salud relacionados. Además, mediante el programa de aparatos de sordera, muchas personas de todas las edades han recuperado las aptitudes sociales y de comunicación perdidas.

### **Vejez**

La esperanza de vida al nacer para los indios y aborígenes de Alaska aumentó de 60 años en 1949 y 1951 a 71.1 años en 1979 y

1981. El número de norteamericanos aborígenes de 45 años o más se incrementó de 16.2% en 1960 a 18.2% en 1980. Esto a su vez ha creado una mayor demanda de servicios sociales y de salud para personas en vías de envejecimiento y ancianos ambulatorios, confinados al hogar y recluidos en instituciones.

En respuesta, el IHS presta atención especial a las valoraciones de salud, con seguimientos oportunos a fin de prevenir enfermedades e incapacidades innecesarias. Al mismo tiempo, se amplían los servicios en áreas de preocupación primordial para los ancianos, como por ejemplo, diabetes y artritis.

### **Necesidades de recursos humanos**

El Servicio de Salud para los Indios precisa muchos tipos de aptitudes para realizar su misión. Existen dos formas para obtener dichas aptitudes: actividades de reclutamiento y desarrollo profesional. La educación del personal, la capacitación y las tareas estructuradas para los empleados del IHS constituyen vehículos para mejorar la administración de programas, promover el desarrollo profesional del empleado y mejorar la eficacia de la participación del consumidor. Las oportunidades de capacitación se brindan a miembros de las juntas consultivas de salud de los indios y aborígenes de Alaska y al personal administrativo del programa de salud tribal y empresarial y a los trabajadores de los servicios de salud.

El IHS ofrece oportunidades de carrera en una amplia gama de campos profesionales de la salud, como "aliados" de la salud, administrativos y otros, bajo los sistemas del Servicio Civil Federal y del Personal del Cuerpo Comisionado del Sistema de Salud Pública de los Estados Unidos. A menudo se brinda oportunidad para que los médicos, odontólogos, enfermeras y otros profesionales escojan el sitio de trabajo.

En el reclutamiento y la capacitación del desarrollo profesional se sigue una política de preferencia por los indios. En la actualidad, más de la mitad del personal de IHS está formado por personas de ascendencia india y aborígen de Alaska. Muchas de ellas,



además de realizar sus deberes normales, prestan invaluable servicios de interpretación, educación y motivación.

### **Capacitación profesional**

Las oportunidades de educación, capacitación y desarrollo de carrera para el personal profesional del IHS incluyen capacitación especializada en salud pública para médicos, odontólogos, enfermeras y otros, capacitación médica con residencia en pediatría, cirugía y ginecología, un programa de residencia en odontología y un internado en farmacología. El personal del Centro de Apoyo Clínico imparte seminarios de educación continua de salud en instalaciones ubicadas en Phoenix, Arizona, en el Centro de Capacitación de Black Hills, en Rapid City, Dakota del Sur y en otras ubicaciones seleccionadas.

### **Carrera de enfermería para los indios**

Los indios y aborígenes de Alaska son de los grupos menos representados en el campo de las profesiones de la salud y, como consecuencia, el número disponible para laborar en la comunidad india es bajo. Las disposiciones contenidas en el Capítulo I de la Ley de Mejoramiento de Servicios de Salud para los Indios persiguen cambiar esto.

Un campo de las profesiones de la salud en el IHS donde los indios han logrado notables avances en años recientes es la enfermería. Hoy día, aproximadamente una cuarta parte de sus 1 941 enfermeras tituladas son de ascendencia india o aborígenes de Alaska. Estos grandes avances se lograron valiéndose de los esfuerzos del programa de enfermería que pone énfasis en tratar de reclutar a enfermeras indias. Asimismo, el IHS apoya los programas de educación de enfermería diseñados para brindar la oportunidad de obtener un título de enfermería a los empleados indios. Un programa apoyado por el IHS en Albuquerque, Nuevo México, permite que las enfermeras auxiliares indias autorizadas estudien para convertirse en enfermeras tituladas con un grado de asociadas o de licenciatura, proporcionándoles habilidades profesionales acrecentadas.

## **COSTEP**

El IHS participa en el COSTEP (Programa Externo de Capacitación de Estudiantes Oficiales Comisionados) auspiciado por el Servicio de Salud Pública, que ofrece a los estudiantes de las profesiones de la salud una oportunidad para adquirir experiencia dentro del medio del programa de salud. Se comisiona a un número limitado de estudiantes como oficiales de reserva en el Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública y se les llama al servicio activo durante los períodos libres del año académico. Estos oficiales pueden prestar sus servicios en cualesquiera de las instalaciones o programas del IHS. Muchos estudiantes que participan en este programa entran posteriormente al servicio de carrera en el propio IHS.

### **Programas de trabajo-estudio**

Con muchas escuelas secundarias, preparatorias y universidades se celebraron convenios de trabajo, estudio y educación cooperativa a fin de estimular a los estudiantes indios a prepararse para carreras de salud al mismo tiempo que trabajan en sus propias comunidades. También se establecieron programas de asesoría a fin de detectar y colocar a los estudiantes indios en programas de salud.

### **Capacitación de “aliados” de la salud**

El personal de “aliados” de la salud y el personal auxiliar del IHS, las tribus y empresas aborígenes son vitales para proporcionar servicios de salud a indios y aborígenes de Alaska. Al complementar el trabajo de los profesionales de la salud, estos paraprofesionales hacen que los servicios de salud sean más asequibles e integrales, fortalecen la continuidad y aumentan la participación de los indios en acciones de salud.

Entre las carreras en que se ofrece capacitación cabe mencionar las siguientes: representante de salud en la comunidad, auxiliar de salud de la comunidad, técnico de laboratorio médico, técnico audiométrico, técnico de archivos de salud, técnico de salud

ambiental, asistente dental, asistente optometrista, trabajador en salud mental, asociado de trabajo social médico, supervisor de servicios alimenticios y auxiliar en nutrición. También se imparte capacitación en el sitio de trabajo en puestos como asistente de enfermería, trabajador en el servicio alimentario y encargado de expedientes médicos.

### **Representante de salud de la comunidad**

Los representantes de salud de la comunidad (CHR) son indios seleccionados, empleados y supervisados por sus tribus y capacitados para satisfacer necesidades concretas de salud en las mismas. El programa de CHR está elaborado para mejorar la comunicación entre la comunidad india y los prestadores de servicios de salud así como aumentar la atención básica de la salud y la instrucción.

Los CHR se capacitan en el Centro de Capacitación del IHS ubicado en Rapid City, Dakota del Sur y en instalaciones de capacitación locales. El plan de estudios está integrado por teoría en aulas y experiencia en el campo, vigilado por personal médico y de salud profesional. Los CHR aprenden los conceptos de salud y enfermedad, las aptitudes básicas de salud, enfermería domiciliaria, primeros auxilios, nutrición, educación para la salud y salud ambiental. Asimismo, se imparten cursos sobre los principios de la comunicación, organización y planeación grupal y cómo moderar reuniones. Actualmente, casi 1 800 CHR prestan servicios en sus pueblos.

### **Auxiliar de salud de la comunidad**

El programa de auxiliar de salud de la comunidad (CHA) se ideó en Alaska a fin de capacitar a residentes seleccionados de los poblados para proporcionar atención primaria de salud y apoyar al auxiliar de salud de la comunidad que trabajaba allí. Los poblados distantes dependen del CHA para atención primaria de salud de primera línea y es la persona que proporciona inicialmente atención de urgencia. Se coordina una amplia gama de

servicios de salud preventiva prestados por el CHA con las empresas aborígenes de salud, el estado y los programas de atención a la salud del IHS. El personal médico proporciona apoyo profesional y colaboración en diversos servicios de salud aborígenes del área de Alaska y en hospitales administrados por corporaciones aborígenes. Se han capacitado más de 300 CHA en 200 poblados para prestar estos valiosos servicios.

### **Técnico de laboratorio médico**

El IHS cuenta con un programa de dos años para capacitar a técnicos de laboratorio médico para sus instalaciones como parte de su programa de mejoramiento de laboratorios. La capacitación se imparte en la Universidad Comunitaria Navajo en Tsailé, Arizona y en el Centro Médico Indio del Servicio de Salud Pública ubicado en Gallup, Nuevo México.

### **Técnico en salud ambiental**

La capacitación en los elementos básicos de la transmisión de enfermedades contagiosas, prácticas sanitarias y técnicas de educación para la salud se imparte a aquellos indios que desean trabajar en el área de salud ambiental. La instrucción también se proporciona en procedimientos de salud comunitaria como epidemiología, abastecimiento de agua, eliminación de desechos, sanidad institucional, salud ocupacional y control de accidentes en la comunidad, así como los aspectos administrativos de estos programas.

### **Asistente dental**

El programa de un año impartido en la Universidad India de Haskell en Lawrence, Kansas, capacita a egresados de secundaria para convertirse en asistentes dentales. Los estudiantes reciben capacitación para auxiliar al odontólogo y en servicios preventivos y administración eficiente de la práctica dental. El programa de capacitación está acreditado por la Asociación Dental Norteamericana y los egresados son elegibles para obtener una constancia después de presentar los exámenes requeridos.

Estos asistentes dentales indios y aborígenes de Alaska contribuyen en forma significativa en el programa dental del IHS, incrementando en más de 30% los servicios prestados por equipos odontológicos.

### **Asistente optometrista**

En muchas escuelas vocacionales, técnicas y comunitarias existen programas que varían de tres semanas a más de un año de duración para capacitar a personas para trabajar como paraprofesionales de la optometría. Los asistentes optometristas se contratan para proporcionar atención oftalmológica en las clínicas de optometría y oftalmología del IHS. Estas personas proporcionan apoyo y asistencia de atención directa al paciente a los profesionales en las instalaciones del IHS y en las clínicas tribales. Cuando no se cuenta con atención oftalmológica directa, estas personas están capacitadas como coordinadores de dicha atención para proporcionar a la tribu apoyo directo en optometría.

### **Trabajador en salud mental**

El trabajador en salud mental es un miembro esencial del equipo de atención a la salud del IHS. Estos trabajadores de salud paraprofesionales son indios o aborígenes de Alaska con conocimientos de los aspectos psicológicos y sociales de las personas que atienden. Al apreciar las actitudes indias hacia la salud y la enfermedad, estos trabajadores perciben muy bien las necesidades de las comunidades donde trabajan. Como tales, son indispensables para generar la comunicación entre el paciente indio y el médico no indio y la aceptación de las actividades de salud mental por parte de la comunidad india.

Los trabajadores en salud mental están capacitados para ayudar a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales psiquiátricos y otros profesionales en salud mental al prestar servicios terapéuticos en la comunidad india, en escuelas, en hospitales y centros de salud.

## **Nutrición y dietética**

El IHS amplió la capacitación para empleados tribales y propios en virtud del creciente interés nacional en la nutrición y los problemas afines y en los planes desarrollados para instrumentar la legislación. Los programas tribales de alimentación y nutrición establecidos, como el de atención diurna, inicio promisorio, Mujeres, Lactantes y Niños (WIC), programa de alimentos suplementarios, instalaciones para atención grupal y alojamiento parcial en la mitad del camino, centros de rehabilitación, hogares, centros para ciudadanos de edad avanzada y programas de asistencia alimentaria han aumentado la necesidad de contar con personal capacitado en nutrición. A fin de satisfacer estas necesidades adicionales, el IHS otorga crecientes oportunidades al ofrecer una variedad de cursos cortos. Las metas de los programas de capacitación en nutrición y dietética son mejorar la calidad de los servicios y brindar oportunidades de desarrollo profesional a los indios y aborígenes de Alaska.

## **Capacitación en liderazgo tribal**

El IHS patrocina y estimula la capacitación en liderazgo para los indios que laboran en juntas de salud locales y de área, en el Consejo Nacional de Salud de los Indios y en otros puestos tribales. Al cabo de los años, se pone más énfasis en esta capacitación a medida que más indios y aborígenes de Alaska participan activamente en la administración de sus asuntos de salud. Los programas de capacitación se imparten en el Centro de Apoyo Administrativo Tribal en Tucson, Arizona, e incluyen materias como administración y supervisión, desarrollo de personal, administración financiera y presupuestaria, servicio de informática y otras que se necesitan para satisfacer las necesidades de la comunidad y la tribu.

## **Programa de recursos humanos del IHS**

El Capítulo I de la Ley de Mejoramiento de Servicios de Salud para los Indios (Ley Pública 94-437) dispone el establecimiento de un programa de recursos humanos elaborado para satisfacer las

necesidades del IHS. El objetivo a largo plazo se encuentra en el Inciso 101:

“El propósito del Capítulo I es aumentar el número insuficiente de profesionales de la salud que prestan sus servicios a los indios y eliminar las múltiples barreras al ingreso de profesionales de la salud en el Servicio de práctica privada entre los indios”.

Cinco incisos del Capítulo apoyan estos objetivos. Cada uno establece un mecanismo para la consecución de amplios objetivos elaborando programas concretos y financiando las disposiciones. Los incisos y sus objetivos son los siguientes: 102) Programa de Reclutamiento de Profesionales de la Salud para los Indios; 103) Programa de Becas Preparatorias para Profesionales de la Salud para los Indios; 104) Programa de Becas para Profesionales de la Salud; 105) Programa Externo del Servicio de Salud para los Indios y 106) Asignaciones para Educación Continua.

El Capítulo I asimismo estipula los mandatos legislativos para lograr el objetivo de “... ayudar a las tribus indias a desarrollar su capacidad para dotarlos de personal y administrar sus programas de salud mediante acciones que incluyen la capacitación en salud y administración”.

### **Papel de los indios y aborígenes de Alaska**

Durante el último decenio, las juntas de salud comunitarias establecidas por las tribus, que representan a las comunidades atendidas por las unidades de servicio del IHS, han ayudado a formular políticas para el programa local, determinar necesidades y prioridades y asignar recursos. Los cuerpos consultivos de área, compuestos por representantes de las juntas de salud comunitarias dentro de cada área del IHS, realizan funciones semejantes. A su vez, estos grupos están representados por el Consejo Nacional de Salud para los Indios, Inc., con sede en Denver, Colorado, que aunado con otros organismos, como la Asociación Nacional de Presidentes Tribales y el Congreso Nacional de Indios Norteamericanos, trabajan conjuntamente con el IHS a nivel nacional.

La participación de los indios en la instrumentación de los programas es igualmente importante. Desde el principio, se reconoció que la participación comunitaria era indispensable en el tratamiento, prevención y control de las condiciones de salud desfavorables. Los elementos de participación de la comunidad local continúan ampliándose.

También se proporciona asistencia técnica a las corporaciones de tribus y aborígenes para desarrollar o robustecer las juntas y departamentos de salud y para capacitar al personal en habilidades administrativas y de gestión. Esto se ha ampliado con la aprobación en 1975 de la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa para los Indios, Ley Pública 93.638. Los proyectos de salud de los indios urbanos también reciben la asistencia técnica del IHS.

El campo de acción de las actividades programáticas administradas por las corporaciones de tribus y aborígenes es muy amplio. Comprende salud comunitaria, salud mental, alcoholismo y servicios de control de accidentes así como actividades de planeación y evaluación programática, capacitación y planeación, construcción y operación de instalaciones de salud.

Los ejemplos a gran escala de los organismos indios participantes en la instrumentación de las acciones programáticas de IHS son la Junta de Salud de los Indios en Zonas Rurales de California, y las Tribus Unidas del Sur y Este que prestan una variedad de servicios de salud en grandes zonas geográficas.

El IHS también ayuda a los indios y aborígenes de Alaska a detectar y buscar recursos federales aplicables a sus problemas de salud, sociales y económicos.

### **Desde los inicios al presente**

Los servicios de salud para los indios se iniciaron a principios del siglo XIX cuando los médicos del ejército tomaron medidas para frenar la viruela y otras enfermedades contagiosas que se manifestaban entre las tribus que vivían cerca de puestos militares.



En 1832 se celebraron tratados que comprometían al gobierno federal a prestar servicios de salud cuando se ofreció a un grupo de winnebagos atención médica como pago parcial de los derechos y la propiedad cedida al gobierno. Aunque la mayor parte de los tratados imponían límites de tiempo de cinco a veinte años para prestar dicha atención, el gobierno federal adoptó la política de continuar los servicios aun después de que expirara el período inicial de prestaciones.

La transferencia de la Dirección de Asuntos Indios del Departamento de Guerra al Departamento del Interior efectuada en 1849 estimuló la extensión de los servicios médicos a los indios al destacar los aspectos no militares de la administración india y al crear un cuerpo de empleados civiles de campo. En 25 años, aproximadamente la mitad de los organismos indios contaban con un médico y para 1900, el Servicio Médico Indio tenía 84 médicos empleados.

En la década de 1890 se agregaron enfermeras al personal y su número aumentó de ocho a 25 en 1900. La mayoría fueron asignadas a los internados indios. A partir de 1891, se emplearon comadronas de campo para enseñar sanidad e higiene, prestar servicios de enfermería de urgencia y recetar medicamentos para afecciones menores —actividades que más tarde fueron efectuadas por las enfermeras de salud pública.

A finales de la década de 1880, la política de la Dirección India evidentemente orientaba a los médicos a fomentar actividades preventivas, pero los esfuerzos fueron limitados hasta después de principios del siglo XX debido a que el interés era curativo en gran medida.

La construcción del primer hospital federal para los indios se efectuó en la década de 1880 en Oklahoma y antes de 1900 se emprendió un movimiento concentrado para establecer hospitales y enfermerías en cada reservación y en cada internado. Los motivos de estas construcciones eran el aislamiento en que vivían los indios, la falta de instalaciones cercanas y las condiciones del hogar por las cuales recetar un tratamiento fuera de

un hospital era a menudo inútil y en ocasiones peligroso para el paciente.

En 1908 se inició la supervisión médica profesional de actividades de salud para los indios con el establecimiento del puesto de supervisor médico en jefe, y se fortaleció en la década de 1920 con la creación de la División de Salud y la designación de directores médicos distritales. En 1911 se realizó la primera adjudicación específicamente para prestar servicios de salud general a los indios. La legislación fundamental para que el IHS preste servicios a los indios está contenida en la Ley Snyder de 1921 que autoriza el gasto de fondos "para el alivio de penalidades y conservación de la salud de los indios en toda la Unión Americana". En 1926, los funcionarios médicos del Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública fueron asignados a ciertos puestos en el programa.

Los programas individuales de control de enfermedades, como la tuberculosis, se iniciaron a principios de la década de 1900, y en 1910 se introdujeron acciones de educación para la salud en apoyo de dichos programas. Los servicios dentales se iniciaron en 1913 con la asignación de cinco odontólogos itinerantes para que visitaran reservaciones y escuelas. Los servicios de farmacia se organizaron en 1953 con funcionarios del Servicio de Salud Pública asignados en oficinas centrales, oficinas de área y hospitales.

Hasta finales de la década de 1920, los servicios de sanidad no pasaban de ocasionales campañas de "limpieza" e inspección médica de viviendas, escuelas y organismos indios. En 1928, los ingenieros sanitarios del Servicio de Salud Pública empezaron a ayudar a la Dirección de Asuntos Indios en el estudio de los sistemas hidráulicos y de sanidad y en la investigación de otros problemas, generalmente limitados a las instalaciones de la Dirección.

En 1950 se inició un programa ampliado para mejorar las condiciones sanitarias de las viviendas.

En 1954, el Congreso aprobó la Ley de Trasferencia (Ley Pública 83-568). En 1955, el Departamento del Interior delegó la responsa-

bilidad por la salud de los indios al Servicio de Salud adscrito al Departamento de Salud, Educación y Asistencia. En esa época, las instalaciones y el personal médico eran insuficientes para atender las necesidades de salud de los indios.

Las prioridades iniciales del programa para la nueva División de Salud de los Indios del Servicio de Salud Pública eran las siguientes: 1) reunir un personal de salud competente; 2) establecer instalaciones idóneas donde se podrían prestar los servicios; 3) instaurar el tratamiento curativo extensivo para los numerosos indios gravemente enfermos; y 4) desarrollar e iniciar un programa preventivo a gran escala, a fin de reducir las enormes cantidades de enfermedades y muertes prematuras, en especial causadas por padecimientos que pudieran prevenirse.

### **Realizaciones**

A partir de 1955, la División de Salud para los Indios, hoy día el Servicio de Salud para los Indios, asumió mayores responsabilidades y amplió su personal, de un pequeño cuerpo de profesionales de la salud, a más de 9 000 hombres y mujeres capaces y dedicados. El número de médicos del programa aumentó de 125 a 600, de 40 a 226 odontólogos y de 780 a 1 700 enfermeras tituladas. El programa agregó a su personal de salud inicial compuesto de médicos y enfermeras, clínicos, odontólogos, farmacéuticos e ingenieros sanitarios, a médicos dedicados a la salud del campo, administradores de archivos titulados, enfermeras de salud pública, dietistas titulados, nutriólogos de salud pública, estudiantes de medicina y auxiliares de salud comunitaria, enfermeras auxiliares, asistentes dentales, especialistas en salud materno-infantil, miembros del cuerpo de sanidad ambiental y auxiliares en una serie de categorías.

En los últimos 28 años, se construyeron 27 hospitales, 26 centros de salud y 58 puestos de salud de campo. Se efectuaron mejoras importantes en muchas instalaciones y actualmente varias se encuentran en diversas etapas de construcción. Mediante la Ley Pública 85-151, se agregaron 165 camas para atender a indios y aborígenes de Alaska en 20 hospitales comunitarios construidos.

con la ayuda del financiamiento originado en la Ley Hill-Burton (Capítulo VI de la Ley del Servicio de Salud Pública).

Adicionalmente, se ampliaron las capacidades por medio de numerosas actividades de educación y capacitación diseñadas para incrementar la eficiencia, aumentar los recursos humanos y fomentar el desarrollo de carreras.

Asimismo, se dieron aumentos impresionantes en el uso de los servicios. Hoy día, virtualmente todos los nacimientos de indios (99.1% en 1980) se atienden en los hospitales. Los ingresos anuales a hospitales del IHS y bajo contrato han aumentado a más del doble; las consultas externas en hospitales, centros de salud y clínicas de campo (incluyendo instalaciones por contrato y tribales) registraron un aumento de 8.2 veces, y el número de consultas dentales es 8.3 veces mayor.

En la actualidad, muchas tribus indias y organismos intertribales administran y operan los programas y servicios del IHS en sus propias comunidades. Si bien brindar la oportunidad a los pueblos indios de participar en la conformación y administración de sus propios asuntos de salud siempre ha sido un objetivo programático, otras prioridades evitaron que el IHS prestara atención óptima a esta necesidad en los primeros años. La Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa para los Indios y la Ley de Mejoramiento de Atención a la Salud de los Indios contienen disposiciones que estipulan la ayuda a las tribus que desean encargarse de sus propios programas de salud.

### **Enlace de los recursos indios**

La Oficina de Personal de Enlace de Recursos de los Indios (IRLS) se estableció en 1980 como parte de la División de Formulación de Programas, a fin de servir como punto focal nacional para proporcionar directrices políticas al personal de IHS, tribus, organismos tribales y urbanos en materia de: 1) instrumentación de legislaciones y disposiciones especiales para los indios; 2) formulación de políticas necesarias; 3) desarrollo, planeación e instrumentación de un sistema de información y difusión de políti-

cas, y 4) coordinación de la elaboración de materiales de orientación sobre políticas. Las funciones del IRLS incluyen dar respuesta a comisiones y consultas sobre los contratos y subvenciones de la Ley Pública 93-638 y otras legislaciones de los indios y actuar como "ombudsman", solucionador de problemas y asesor del personal del IHS y los funcionarios tribales/urbanos.

El IRLS elabora y distribuye: 1) Memoranda de Autodeterminación de los Indios que establecen y comunican las políticas que inciden en las funciones del IHS relativas a contratos tribales de la Ley Pública 93-638, y 2) Asesorías de Autodeterminación de los Indios que tocan brevemente y subrayan asuntos concretos de interés. Asimismo, se proporciona asistencia técnica a las tribus y organismos tribales y al personal de IHS en la detección de problemas y en la implantación de soluciones tendientes a fomentar el proceso de autodeterminación de los indios.

### **Fondo de participación para servicios de salud**

En el año fiscal de 1981, el Congreso creó el Fondo de Participación para Servicios de Salud y suministró los recursos necesarios para su instrumentación. Esta iniciativa está encaminada a otorgar financiamiento prioritario a aquellas tribus que tienen el mayor grado de necesidades de salud insatisfechas. La meta del IHS es lograr un financiamiento comparable para los servicios de salud en todas las tribus. Los fondos recaudados en el año fiscal de 1981 se destinaron a 51 tribus del Nivel V (81-100% de necesidades de salud insatisfechas) del sistema de prioridades en los servicios de salud. Los fondos de participación del año fiscal de 1982 se enviaron a cuatro tribus del Nivel V y 100 del Nivel IV (61-80% insatisfechas). En el año fiscal de 1983, 10 tribus de Nivel V y 54 del IV recibieron estos fondos. El año fiscal de 1984 es el último año de financiamiento bajo esta iniciativa.

### **Cuantificación de los avances**

Los niveles de salud entre los indios y aborígenes de Alaska han mejorado en forma considerable. Del período de 1954-1956 al trienio de 1978-1980, las tasas de mortalidad infantil registraron

un decremento de 62.7 a 14.6 por 1,000 nacimientos vivos; la mortalidad por tuberculosis bajó en un 94%; por enfermedades gastrointestinales disminuyó en 90% y la tasa de mortalidad por neumonía e influenza, en 73%.

Se ha detenido en forma impresionante la tuberculosis, en alguna época el principal azote de los indios y aborígenes de Alaska. Por ejemplo, en 1956, el IHS registró 3 606 ingresos a hospitales para indios del Servicio de Salud Pública y por contrato. En el año fiscal de 1977, sólo hubo 194 ingresos. Estas cifras representan una disminución del 95%. También se redujeron notablemente las tasas de nuevos casos de tuberculosis activa. Las cifras para el año fiscal de 1982 muestran que han bajado 86% desde 1962.

Existen otras manifestaciones de una mejor salud general reflejadas en la nivelación de hospitalizaciones y un continuo aumento importante de consultas en las clínicas, lo cual significa que ya se presenta menor número de enfermedades graves y menos personas que requieren atención hospitalaria prolongada. Estos cambios indican la estabilización de las actividades terapéuticas de salud y la creciente aceptación de medidas de conservación de la salud por parte de los indios y aborígenes de Alaska.

### **Edad de la población**

Conforme al Censo Decenal de 1980, la edad media de los indios y aborígenes de Alaska que residen en la Unión Americana atendidos en forma parcial o total en el Servicio de Salud para los Indios es de 22.4 años comparada con la edad media de 30.0 años para la población estadounidense en conjunto. Los datos de censos recientes relativos a la edad indican que se ha producido un ligero cambio en la estructura de edad de toda la población de los Estados Unidos. Al primero de julio de 1982, se estimó que la edad media para la población norteamericana era de 30.6 años. Esto muestra un aumento de aproximadamente siete meses respecto a la cifra de 1980. También se presentaron cambios semejantes en la edad media de los indios. Un cálculo preliminar para 1982 basado en el incremento de 1970-1980 es de 23 años.

**Eventos vitales****Tasas de natalidad (nacimientos vivos por 1 000 habitantes)**

Indios y aborígenes de Alaska (1978-1980)	30.5
Estados Unidos todas las razas (1979)	15.9

Las tasas de natalidad de los indios y aborígenes de Alaska, después de mostrar un crecimiento uniforme de 1955 a 1965, han disminuido desde entonces. La tasa de natalidad en 1954-1956 era de 37.5 por 1 000 habitantes, llegando a su máximo en 1959-1961 con una tasa de 42.1. En el período de 1978-1980 la tasa de natalidad de los indios y aborígenes de Alaska fue casi el doble comparada con la de todas las razas de Estados Unidos.

**Tasas de mortalidad infantil por 1 000 nacimientos vivos**

Indios y aborígenes de Alaska (1978-1980)	14.1
Estados Unidos todas las razas (1979)	13.1

A partir de 1954-1956 la tasa de mortalidad infantil de los indios y aborígenes de Alaska declino aproximadamente 77% y hoy día es siete veces mayor que la de la población general.

**Tasas de mortalidad neonatal por 1 000 nacimientos vivos**

Indios y aborígenes de Alaska (1978-1980)	7.3
Estados Unidos todas las razas (1979)	8.9

La tasa de mortalidad entre los lactantes menores de 28 días de edad entre los indios y aborígenes de Alaska bajó 68% desde 1954-1956 y actualmente es inferior a la de la población general. En 1980, 99.1% de los partos de indios y aborígenes de Alaska se atendieron en hospitales. Esta cifra excede ligeramente la proporción de Estados Unidos de 99% para 1980. Las causas principales de muertes neonatales comprenden anomalías congénitas, síndrome de insuficiencia respiratoria, padecimientos relacionados con gestaciones cortas y bajo peso al nacer no especificado y neonatos afectados por complicaciones maternas durante el embarazo.

### Tasas de mortalidad posneonatal por 1 000 nacimientos vivos

Indios y aborígenes de Alaska (1978-1980)	7.2
Estados Unidos todas las razas	4.2

Desde 1954-1956 la tasa de mortalidad de lactantes de 28 días a 11 meses de edad entre los indios y aborígenes de Alaska se redujo en 82%, pero es casi 1.7 veces mayor que la de la población general. En 1965-1967 la tasa de indios y aborígenes de Alaska (20.7) era tres veces mayor que la tasa de la población general en 1966 (6.5). Las causas primordiales de muertes posneonatales son el síndrome de muerte súbita infantil (SIDS), anomalías congénitas, accidentes y efectos adversos, neumonía, meningitis, gastritis, duodenitis y enteritis no infecciosas.

### Causas principales de muerte (1979-1980)

Entre los indios y aborígenes de Alaska, las principales causas de muerte fueron las siguientes: cardiopatías, accidentes, neoplasmas malignos, hepatopatías crónicas y cirrosis, enfermedades cerebrovasculares, neumonías e influenza. Estas siete causas de mortalidad que representaron el 65% del total de decesos de indios y aborígenes de Alaska en 1978-1980 han sufrido pocos cambios al cabo del tiempo. Los accidentes son una de las causas principales de muerte que en 1980 registraron una tasa de mortalidad ajustada conforme a la edad de 107.3 por 100 000 — 2.5 veces mayor que la tasa de la población general.

### Uso de instalaciones y servicios

Para 1985 se estima que 931 000 indios y aborígenes de Alaska tendrán derecho a los servicios prestados por el IHS. La mayoría vive en reservaciones o cerca de ellas en 28 Estados y en poblados aislados en Alaska. A continuación se presentan las cifras estimadas por áreas administrativas del IHS:

Area de Aberdeen (Dakota del Sur, Dakota del Norte, Nebraska, Iowa)	72 000
--	--------



382	Area de Alaska	73 000
	Area de Albuquerque (Partes de Nuevo México y Colorado)	52 000
	Programa Bemidji (Michigan, Minnesota, Wisconsin)	48 000
	Area de Billings (Montana, Wyoming)	41 000
	Programa de California	72 000
	Programa de Nashville (Florida, Louisiana, Maine, Misisipí, Carolina del Norte, Nueva York, Pennsylvania)	29 000
	Area Navajo (Partes de Arizona, Nuevo México, Utah)	166 000
	Area de Oklahoma City (Oklahoma, Kansas)	192 000
	Area de Phoenix (Partes de Arizona, Nevada, Utah)	84 000
	Area de Portland (Idaho, Oregon, Washington)	85 000
	Programa de Tucson (Partes de Arizona)	18 000

**Hospitales del Servicio de Salud Pública y bajo contrato para los indios**

El Servicio de Salud para los Indios maneja 48 hospitales generales y la mayor parte de ellos están ubicados en los Estados de Alaska, Arizona, Nuevo México, Oklahoma y Dakota del Sur. La gama de servicios proporcionados incluye medicina y cirugía,

obstetricia, tuberculosis y neuropsiquiatría. En el año fiscal de 1983, los hospitales del IHS contaban con un total de 2 148 camas (excluyendo cunas). Además de los hospitales del Servicio de Salud Pública para Indios, hay aproximadamente 1 000 camas disponibles mediante arreglos contractuales con varios cientos de hospitales generales comunitarios y hospitales públicos estatales y locales para enfermedades respiratorias y mentales.

### **Padecimientos que requieren de hospitalización**

Los indios y aborígenes de Alaska son hospitalizados por diversas enfermedades y padecimientos y éstos suministran datos importantes para la detección de problemas de salud. En el año fiscal de 1983, las principales causas de hospitalización fueron las siguientes:

1. Complicaciones en el embarazo, parto o puerperio
2. Lesiones y envenenamientos
3. Enfermedades del sistema digestivo
4. Enfermedades del sistema respiratorio

### **Servicios hospitalarios para pacientes internos**

En 1983 las altas de personas menores de 15 años de edad representaron el 19.7% de la cifra total. Esto se compara con 25.7% en 1973. A partir de ese año se registró un aumento en los porcentajes en todas las otras categorías de salud.

### **Distribución de porcentajes por grupo de edad**

#### **Hospitales del IHS y hospitales generales bajo contrato**

##### **Años fiscales de 1983 y 1973**

<b>Grupo de edad</b>	<b>1983</b>	<b>1973</b>
Menor de 15 años	19.7	25.7
15-44 años	54.8	51.4
45-64 años	15.0	14.4
65 años y mayores	10.5	8.5

Entre 1955 y 1983 los ingresos hospitalarios, incluyendo los hospitales bajo contrato, tuvieron un aumento de 110%. Aproximadamente el 25% de los ingresos de 1983 fueron en hospitales bajo contrato. La distribución de ingresos fue la siguiente:

<b>Tipos de servicio médico</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje del total</b>
Médico y quirúrgico	57 593	55.9
Adultos	57 593	55.9
Pediátrico	19 948	19.4
Obstétrico	23 700	23.0
Otros	1 720	1.7
Total	102,961	100.0

#### **Consultas externas 1983**

A hospitales y clínicas del Servicio de Salud Pública para indios	1 955 462
A centros de salud, clínicas de campo, escuelas y otras unidades	1 297 239
A instalaciones operadas por tribus	675 181
A médicos bajo contrato	225 000
Total	4 152 882

#### **Servicios odontológicos 1983**

<b>Ubicación</b>	<b>Clinicas dentales del IHS y tribales</b>	<b>Odontólogos bajo contrato</b>
Pacientes examinados	241 400	26 655
Servicios correctivos y preventivos	1 673 333	190 406
Servicios oftalmológicos 1979		

Continúa

<b>Ubicación</b>	<b>Clinicas dentales del IHS y tribales</b>	<b>Odontólogos bajo contrato</b>
Exámenes de la vista (refracción ocular)	70 326	22 527
Anteojos proporcionados		47 527

En fechas anteriores a 1966, los servicios de optometría se proporcionaban bajo contrato. Desde entonces, los optometristas han aumentado y llegan a 35 apoyados por asistentes en la mayor parte de las ubicaciones. En algunas de las instalaciones más grandes se cuenta con oftalmólogos que otorgan atención médica y quirúrgica y atención de refracción complementaria. En las instalaciones del IHS y tribales también se prestan servicios de selección visual en masa, atención oftalmológica, programa de educación en seguridad y especializada.

**HOSPITALES DEL IHS**

<b>Ubicación</b>	<b>Número de camas</b>	<b>Consultas externas 1983</b>
<b>Alaska</b>		
Anchorage	170	94 899
Barrow	14	18 847
Kotzebue	31	19 667
Mt. Edgecumbe	78	17 592
Bethel	50	45 883
<b>Arizona</b>		
Chinle	12	22 945
Ft. Defiance	68	68 797
Keams Canyon	38	31 902
Parker	20	19 484
Phoenix	168	97 434
Sacaton	20	36 688
San Carlos	36	34 932
Sells	40	37 130
Tuba City	103	93 034
Whiteriver	46	55 002
<b>California</b>		
Ft. Yuma	17	15 712
<b>Minnesota</b>		
Cass Lake	21	24 910
Red Lake	23	36 666
<b>Misisipí</b>		
Filadelfia	40	23 767
<b>Montana</b>		
Browning	34	44 214
Crow Agency	34	32 737
Harlem	18	19 956

<b>Ubicación</b>	<b>Número de camas</b>	<b>Consultas externas 1983</b>
<b>Nebraska</b>		
Winnebago	38	22 956
<b>Nevada</b>		
Owychee	15	8 731
Schurz	14	8 997
<b>Nuevo México</b>		
Acoma-Laguna	40	24 862
Albuquerque	54	43 756
Crownpoint	34	31 433
Gallup	115	113 702
Mescalero	15	21 486
Santa Fe	55	34 270
Shiprock	42	74 124
Zuni	45	33 423
<b>Carolina del Norte</b>		
Cherokee	35	50 206
<b>Dakota del Norte</b>		
Belcourt	46	56 508
Ft. Yates	32	22 712
<b>Oklahoma</b>		
Ada	53	56 267
Claremore	60	83 514
Clinton	14	13 275
Lawton	52	52 720
Tahlequah	40	88 789
Talihina	52	30 510

---

<b>Ubicación</b>	<b>Número de camas</b>	<b>Consultas externas 1983</b>
<b>Dakota del Sur</b>		
Eagle Butte	35	28 727
Pine Ridge	58	46 388
Rapid City	39	36 056
Rosebud	29	37 858
Sisseton	26	20 615
Wagner	26	21 504
<b>Totales</b>		
Hospitales		48
Camás disponibles		2 148
Consultas externas 1983		1 955 587

**CENTROS DE SALUD DEL IHS**

389

<b>Ubicación</b>	<b>Consultas en 1983</b>
<b>Alaska</b>	
Fairbanks	28 773
Ketchikan	16 347
Metlakatla	7 510
Mt. Edgecumbe*	2 785
St. Paul	4 683
Tanana	2 241
<b>Arizona</b>	
Bylas	10 251
Chinle	37 182
Cibecue	7 781
Dilkon	3 909
Fort Wingate*	2 413
Kayenta	32 502
Leupp	4 187
Many Farms*	4 073
Peach Springs	9 848
Phoenix*	4 324
Santa Rosa	8 053
San Xavier	14 225
Shonto	5 445
Teec Nos Pos	6 250
Toyei	759
Winslow	24 797
<b>California</b>	
Riverside*	7 765
<b>Colorado</b>	
Ignacio	10 550
Towaoc	9 628
<b>Idaho</b>	
Fort Hall	28 087
Lapwai	11 637



<b>Ubicación</b>	<b>Consultas en 1983</b>
<b>Kansas</b>	
Haskell*	10 619
Holton	6 932
<b>Michigan</b>	
Kinchloe	14 346
<b>Minnesota</b>	
White Earth	18 212
<b>Montana</b>	
Lame Deer	28 814
Lodge Grass	9 846
Poplar	31 210
Rocky Boy s	16 662
Wolf Point	14 426
<b>Nuevo México</b>	
Canoncito	5 286
Dulce	16 055
Isleta	12 197
Jemez	8 454
Laguna	10 274
Southwestern Polytech. Inst.*	1 099
Taos	8 097
Tohatchi	12 016
<b>Dakota del Norte</b>	
Ft. Totten	21 021
Ft. Berthold	13 500
<b>Oklahoma</b>	
Anadarko	15 507
Concho*	5 041

<b>Ubicación</b>	<b>Consultas en 1983</b>
Jay	16 001
Hugo	10 749
Broken Bow	10 469
McAlester	11 184
Miami	31 153
Pawhuska	14 094
Shawnee	31 782
Pawnee	14 378
Tishomingo	12 239
Watonga	6 698
Wewoka	26 108
White Eagle	17 335
<b>Oregon</b>	
Chemawa	12 348
Warm Springs	19 859
Yellowhawk	12 786
<b>Dakota del Sur</b>	
Flandreau*	8 704
McLaughlin	10 355
Pierre*	2 441
Wamblee	4 776
Wahpeton*	7 329
<b>Utah</b>	
Ft. Duchesne	11 848
Intermountain*	12 656
<b>Washington</b>	
Colville	17 293
Inchelium	4 317
Lummi	17 092
Neah Bay	10 761
Taholah	9 364
Wellpinit	13 441
Yakima	38 618

<b>Ubicación</b>	<b>Consultas en 1983</b>
<b>Wyoming</b>	
Arapahoe	20 141
Ft. Washakie	27 638
<b>Totales</b>	
Centros de Salud	79
Consultas en 1983	1 049 718

\* Centro de salud escolar

**Oficinas Administrativas del Servicio de Salud para los Indios****Oficina central**

Servicio de Salud para los Indios  
Parklawn Building, Rm. 5A-55  
5600 Fishers Lane  
Rockville, Maryland 20857  
(301) 443-1083

**Areas**

Oficina del Area de Aberdeen  
Servicio de Salud para los Indios  
Federal Building  
115 4th Avenue, S.E.  
Aberdeen, Dakota del Sur 57401  
(605) 225-0250

Oficina del Servicio de Salud de  
Aborígenes del Area de Alaska  
Servicio de Salud para los Indios  
P.O. Box 7-741  
Anchorage, Alaska  
(907) 279-6661

Oficina del Area de Albuquerque  
Servicio de Salud para los Indios  
Federal Building  
500 Gold Avenue, S.W.  
Albuquerque, Nuevo México 87101  
(505) 766-2151

Oficina del Area de Billings  
Servicio de Salud para los Indios  
P.O. Box. 2143  
2727 Central Avenue  
Billings, Montana 59103  
(406) 657-6403

394

Oficina del Area Navajo  
Servicio de Salud para los Indios  
P.O. Box G  
Window Rock, Arizona 86515  
(602) 871-5811

Oficina del Area de Oklahoma City  
Servicio de Salud para los Indios  
215 Dean A. McGee Street, N.W.  
Oklahoma City, Oklahoma 73102  
(405) 231-4796

Oficina del Area de Phoenix  
Servicio de Salud para los Indios  
3738 N. 16th Street, Suite A  
Phoenix, Arizona 85016  
(602) 241-2052

Oficina del Area de Portland  
Servicio de Salud para los Indios  
Federal Building, Room 476  
1220 S.W. 3rd. Avenue  
Portland, Oregon 97204  
(503) 221-2020

### **Programas**

Oficina Programática de Bemidji  
Servicio de Salud para los Indios  
203 Federal Building  
Box 489  
Bemidji, Minnesota 56601  
(218) 751-7701

Oficina Programática de California  
Servicio de Salud para los Indios  
2999 Fulton Avenue  
Sacramento, California 95821  
(916) 484-4836

Oficina Programática de Nashville  
Servicio de Salud para los Indios  
Oaks Tower Building, Suite 810  
1101 Kermit Drive  
Nashville, Tennessee 37217  
(615) 251-5104

Oficina Programática de Tucson  
Servicio de Salud para los Indios  
P.O. Box 11340  
Tucson, Arizona 85734  
(602) 629-5010





El representante de Corea, durante la presentación de su ponencia en la Mesa Redonda.





## **INFORME DEL RELATOR GENERAL**



## SESION INAUGURAL

*13 de noviembre de 1984*

La sesión inaugural se inició con la presentación de los miembros del presidium, integrado por las siguientes personas:

Dr. Guillermo Soberón Acevedo, secretario de Salubridad y Asistencia,\* representante personal del señor presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Miguel de la Madrid Hurtado.

Lic. Ricardo García Sáinz, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social y presidente del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

Sr. Vladimir Rys, secretario general de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Lic. David Jiménez González, secretario general del gobierno del Estado de Morelos, representante personal del gobernador constitucional del Estado de Morelos, doctor Lauro Ortega Martínez

Lic. Ana Laura Ortega Vila, presidenta del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el Estado de Morelos.

Lic. Emilio Rabasa Gamboa, director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y jefe del Departamento de Asuntos Internacionales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El licenciado Emilio Rabasa Gamboa dio lectura al informe del Comité Nacional de Organización<sup>1</sup> respecto a la preparación

\* Actualmente Secretaria de Salud.

1. El texto íntegro de todas las intervenciones y ponencias se encuentra en este mismo volumen.

del evento y los registros de participantes, indicando que se contaba con la asistencia de cinco organismos internacionales: AISS, OIT, CPISS, CIESS y Convenio Hipólito Unanue, así como un total de cuarenta y nueve participantes procedentes de países de los cuatro continentes, distribuidos de la forma siguiente: por África, Camerún, Egipto, Kenia, Ruanda, Togo y Zaire; por América, Cuba, El Salvador, los Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Santa Lucía; por Asia, Corea, China, Filipinas y la India; por Europa, España y la URSS. Asimismo presentó el programa de actividades del evento y comunicó los resultados de la organización del mismo.

En el nivel nacional, estuvieron representados: la Central Campesina Independiente, el Consejo Nacional de Pueblos Indígenas, el Instituto Nacional de la Nutrición, el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Contraloría General de la Federación y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Enseguida, el señor Vladimir Rys dirigió un mensaje de bienvenida en el que indicó que, tradicionalmente, ha sido voluntad de la AISS el examinar en profundidad el problema de los grupos de población que aún se hallan apartados de toda medida de protección social. Sobre el particular afirmó que se trata de una manera distinta de expresar la noción de solidaridad, fundamento mismo de la seguridad social. Recordó también que la propia Asociación ha patrocinado varias reuniones en torno a esta temática y en su mensaje de bienvenida expresó el beneplácito del organismo por la realización de esa Mesa Redonda en México, agradeciendo al IMSS, institución huésped, su hospitalidad y sus esfuerzos organizativos.

A continuación, el licenciado Ricardo García Sáinz pronunció un discurso en el que, además de dar la bienvenida y agradecer la presencia de las delegaciones asistentes, ponderó la importancia que reviste el análisis conjunto de diferentes modelos de atención social al campo, así como el intercambio de experiencias e ideas sobre tales programas.

Al hablar sobre el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, señaló que está diseñado para atender a quienes no disponen de capacidad contributiva en términos monetarios, pero que tienen la posibilidad de aportar su trabajo para mejorar las condiciones de salud y bienestar de sus comunidades.

Asimismo, afirmó que este Programa ha vinculado los avances tecnológicos y la medicina tradicional, así como la concepción de atención individual y la necesidad de encontrar métodos basados fundamentalmente en el esfuerzo colectivo.

El doctor Guillermo Soberón Acevedo, secretario de Salubridad y Asistencia, con la representación del señor presidente de la República Mexicana, licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, expresó la importancia que para el gobierno federal representa el Programa IMSS-COPLAMAR, así como su complacencia porque el mismo se dé a conocer internacionalmente.

Para finalizar, el doctor Soberón formuló la declaratoria inaugural de la Mesa Redonda, expresando los deseos del gobierno federal por el éxito de la misma.

### **Sesión matutina**

*13 de noviembre de 1984*

La Mesa Redonda procedió a elegir al licenciado Ricardo García Sáinz, director del IMSS, en calidad de presidente de la reunión, y a los señores Juan Eduardo Sánchez, gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Ramaswamy Dgesic, director general de la Corporación del Seguro de Trabajadores del Estado, de India; Mondanga Emony, presidente delegado general del Instituto Nacional de Seguridad Social de Zaire, y Gabino Fraga, secretario general del IMSS, como vicepresidentes.

El señor Juan Eduardo Sánchez tomó la palabra para iniciar los trabajos de la sesión en que la Secretaría General de la AISS expuso el documento "Problemática internacional de la protección social de los grupos marginados de las zonas rurales".

El representante de la AISS inició su lectura advirtiendo que el trabajo se elaboró utilizando solamente la documentación y los antecedentes disponibles en las sedes de la AISS y de la OIT.

Prosiguió comentando los diversos conceptos que diversos países han estructurado en relación con el fenómeno de la marginalidad, incluyendo en ellos categorías tales como la pobreza y la indigencia.

Postuló que para atacar el fenómeno de la marginalidad es necesario resolver los problemas de educación, empleo, posesión de tierras, vivienda y preservación de la salud.

Al finalizar la exposición de la AISS, el señor Jean Victor Gruat, representante de la OIT, hizo algunas observaciones respecto al concepto de marginalidad y al papel que juega la seguridad social en este problema. Planteó, asimismo, algunos cuestionamientos en relación con el aspecto del financiamiento de programas de atención para la población marginada.

El señor Rys comentó al respecto que el trabajo introductorio es fundamental pues hay que delimitar el campo en el que se va a concentrar el debate.

La delegación de Togo consideró que, en su caso, no pueden tomar acciones para grupos específicos, sino aplicables a las áreas rurales en general.

Por su parte, la delegación de Camerún preguntó sobre la factibilidad de aplicar la experiencia mexicana a países que se encuentran en distintas condiciones.

La delegación egipcia leyó un trabajo que contenía información relativa a la adopción de diversas disposiciones legales que se han adoptado en su país para la protección de diferentes categorías de trabajadores.

La delegada de Filipinas comentó que, en su caso, desde 1960 se han ampliado las coberturas de sus sistemas, pero también resal-

tó la importancia de diferenciar los campos de acción de las instituciones.

El delegado de la India apuntó que en su país no hay una diferencia clara de los grupos marginados en relación con el total de la población.

El señor Alvaro Castro recalcó que la AISS no puede determinar a quién compete la responsabilidad de otorgar atención a los grupos marginados.

Por su parte, el señor Rys apuntó que es necesario definir las diversas situaciones y condiciones que se dan en el medio rural.

El presidente de la sesión afirmó que no se trata de implantar en otros lugares el sistema que se desarrolla en un país, sino de aprovechar las experiencias obtenidas.

Por su parte, la delegación de Corea comentó que, con relación al caso de su país, se han implantado condiciones primarias de salud, en plan experimental, en las zonas rurales. Asimismo dijo que no tienen un sistema obligatorio y, finalmente, manifestó que tienen interés en conocer las experiencias de otros países.

Inmediatamente después se dio por terminada la sesión.

### **Sesión vespertina**

*13 de noviembre de 1984*

Al iniciarse la sesión vespertina tomó la palabra el doctor Gastón Novelo, secretario general del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, para dar lectura al documento "Acciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en la promoción de la protección social a la población rural".

En esta oportunidad, el doctor Novelo abordó la problemática de la extensión de la seguridad social a las zonas rurales, haciendo una recapitulación de las características sociales, económi-



cas y sanitarias que se involucran en ella. Prosiguió con diversos comentarios en relación con las situaciones específicas de las áreas rurales, así como con temas de investigación que se han considerado necesarios por la CISS en varias de sus reuniones, agrupándolos en aspectos demográficos, económicos, educativos, de salud y del medio físico.

Posteriormente, se refirió a las estrategias y perspectivas de aplicación de la seguridad social a la población rural, según el punto de vista desde el cual la Conferencia Interamericana de Seguridad Social ha contemplado el problema.

Finalmente, reconoció la necesidad de profundas reformas estructurales, jurídicas, políticas y económicas, a efecto de combatir el fenómeno de la marginalidad y lograr que la seguridad social pueda alcanzar mayor extensión horizontal.

Se dio paso a los comentarios de las delegaciones asistentes, y el señor Gruat, de la OIT, resaltó la importancia que conlleva la extensión de la seguridad social a los grupos rurales que se encuentran organizados, por ejemplo, en cooperativas, y estimó que esa sería una posible solución para los países africanos.

Sobre el particular el doctor Novelo recordó la preocupación que la extensión de la seguridad social al ámbito rural ha causado en América, y recalcó algunas acciones que al respecto se han desarrollado.

Por su parte, el señor Rys advirtió que tratar de implantar sistemas que han funcionado en algunos países, en otros lugares podría generar una serie de consecuencias, posiblemente adversas; sin embargo, manifestó lo provechoso de utilizar las experiencias que ya se han obtenido para estructurar los propios sistemas.

La última exposición de la sesión vespertina estuvo a cargo del licenciado Emilio Rabasa Gamboa, director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, con el trabajo "El CIESS y la extensión de la seguridad social a grupos marginados rurales".

El expositor analizó el fenómeno de la marginalidad, afirmando que podría referirse al carácter desigual con que algunos grupos acceden a una sociedad moderna, y al diferente desempeño de su papel en aspectos tales como los económicos, sociales y políticos de la vida de una nación.

El ponente abordó la forma en que se da la desigualdad social tanto en los grupos rurales como en los urbanos, comentando que el problema y su solución no deben reducirse al aspecto cuantitativo de la transferencia de recursos, pues los aspectos cualitativos son con frecuencia más difíciles de captar y resolver.

Pasó, posteriormente, a comentar la acción del CIESS referente a la marginalidad social y apuntó que desde 1977, el CIESS ha desarrollado cursos de capacitación enfocados a la atención médica a las áreas rurales.

Asimismo, solicitó a la AISS incluir la temática y las conclusiones de esta reunión en su asamblea general que va a celebrarse en 1986 en Canadá. Esta misma proposición la formuló al CPISS.

Concluyó afirmando que la seguridad social, entendida como solidaridad social, puede ser causa de grandes transformaciones, así como de una mejor organización comunitaria; partiendo de ello, aseveró que sí es posible proporcionar protección social a grupos sin capacidad económica contributiva. Asimismo, insistió en la necesidad de estudiar al propio tiempo el fenómeno de marginalidad urbana, con miras a la referida Asamblea General de la AISS.

El señor Rys tomó la palabra para indicar que, desafortunadamente, no es factible incluir el tema en la Asamblea General de la AISS, toda vez que su agenda ya está elaborada. Sin embargo, apuntó que sería conveniente un estudio previo del problema en el nivel regional y, en todo caso, enviar las conclusiones a la referida Asamblea General.

El licenciado Rabasa repuso que la propuesta se encaminaba a una mayor concientización de los países en torno a esta proble-

mática social. Por ello, consideró que resultaría muy provechoso el intercambio de información con países de diversos continentes.

El delegado de la India manifestó su interés por conocer con mayor detalle el contenido de los cursos que, respecto a la temática de la extensión de la seguridad social al medio rural, ofrece el CIESS, y el licenciado Rabasa le ofreció hacérselo saber.

A continuación se dio por finalizada la sesión.

### **Sesión matutina**

*14 de noviembre de 1984*

Presidió la sesión el licenciado Gabino Fraga, secretario general del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La sesión se dedicó íntegramente a la presentación del Programa IMSS-COPLAMAR de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria y se inició con la "Exposición general del programa", a cargo del arquitecto José Ma. Gutiérrez Trujillo, coordinador general del mismo.

El ponente inició su exposición resaltando la preocupación que la atención a la población marginada rural ha causado al Estado mexicano y recordó que, paulatinamente, a partir de 1954, se han ido tomando medidas de protección social para dichos grupos, contemplándose, particularmente, la universalización de la atención médica no condicionada al pago de cuotas en efectivo.

De esta manera, se estructuró el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

Recordó que a partir de 1978, y de la declaración de Alma-Ata, se propuso la meta de "Salud para todos en el año 2000".

Comentó que en 1979 se firmó un convenio entre el IMSS y la federación para incluir a las zonas rurales marginadas. Con ese

fundamento, se ha ido ampliando la población amparada por el Programa hasta alcanzar actualmente los 18 millones de personas.

Indicó que el Programa se fundamenta en tres procesos: diagnóstico de salud, plan de salud y programa de actividades del plan de salud; asimismo, comentó los cuatro niveles administrativos del mismo que son: el central normativo, el intermedio o delegacional, el zonal y el operativo.

Concluyó su exposición afirmando que los servicios de solidaridad social del IMSS han demostrado ser un camino válido y seguro para proteger a las zonas más rezagadas, y constituyen el instrumento más eficaz con que cuenta el gobierno mexicano para transitar de la sociedad actual a una sociedad igualitaria.

A continuación, la doctora Georgina Velázquez Díaz, coordinadora médica del Programa, expuso el trabajo “Diagnóstico de salud en las zonas rurales de México. Aspectos médicos del modelo de atención a la salud. Avances y resultados”.

La doctora Velázquez inició su exposición haciendo referencia a las principales causas de muerte que ha diagnosticado el Programa, e indicando que el primer lugar lo ocupan las infecciones intestinales, seguidas por las infecciones respiratorias, las infecciones propias del recién nacido y la tuberculosis pulmonar.

Prosiguió su exposición con una alusión a los servicios de salud que contempla la Ley General de Salud en México, es decir, la educación para la salud, la prevención y el control de enfermedades trasmisibles; la atención materno-infantil, la planificación familiar, la prevención y el control de las enfermedades bucodentales; la promoción del mejoramiento de la nutrición y la disponibilidad de medicamentos y otros recursos esenciales para la salud.

Hizo una revisión de la forma en que opera el Programa en relación con sus instalaciones, personal médico, población atendida, etc., y finalizó comentando una serie de datos estadísticos relativos a programas de vacunación, índices de natalidad y otros relacionados con el accionar del programa.

La sesión prosiguió con el trabajo "Organización y participación de la comunidad en la atención primaria a la salud", a cargo del licenciado Gastón Martínez Matiella, coordinador de Acción Comunitaria del Programa.

El expositor se refirió, en primer término, al marco jurídico que sustenta el funcionamiento del Programa, continuando brevemente con el renglón relativo al diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales.

Al hablar de la participación de la comunidad en el modelo de atención integral a la salud, explicó que los Comités de Salud son órganos electos democráticamente en una asamblea comunitaria y se integran por un presidente, un vocal de salud, un vocal de nutrición y un vocal de saneamiento, conjuntamente con el médico y los auxiliares de área médica, quienes realizan un diagnóstico, un plan de salud y un programa de actividades específicamente diseñados para la solución de los problemas detectados.

Para la recopilación de datos y en el seguimiento del programa de actividades, el Comité de Salud se encuentra apoyado por un cuerpo de promotoras voluntarias rurales que son reclutadas y capacitadas por el médico en el manejo de instrumentos sencillos de registro de datos.

En otras comunidades en donde no existe unidad médica, se recluta y capacita una persona denominada Asistente Rural de Salud.

Asimismo, el licenciado Martínez Matiella puso de relieve que el Programa ha incorporado el valioso recurso que representan 13 000 terapeutas tradicionales (hierberos, parteras empíricas, hueseros, etc.), resaltando, además, que medidas tan sencillas como hervir el agua para el consumo humano, disponer sanitariamente de la excreta, disponer adecuadamente de desechos y basuras, lavar los pisos, instalar los fogones y las camas en alto, etc., han ofrecido resultados muy positivos.

Al finalizar estas exposiciones, se formaron tres grupos entre todos los asistentes (de idiomas español, inglés y francés), que acudieron a visitar las Unidades Médicas Rurales que el programa tiene instaladas en las localidades de Nepopualco, Tlayecac, Huecahuasco, Achichipico y Tlacotepec, todas ellas localizadas en el propio Estado de Morelos, México, para conocer el funcionamiento de los servicios en el propio terreno.

Los delegados asistentes tuvieron la oportunidad de observar las instalaciones de las clínicas, conocer su estructura y organización interna, platicar con las personas responsables de cada Unidad, así como con gente de las propias comunidades, conocer los huertos que los habitantes cultivan con diversas siembras: frutas, legumbres, plantas medicinales propias de la región, etcétera.

La visita culminó en el Hospital Rural "S" situado en Cuautlixco, que es el sitio adonde se remiten aquellos pacientes que, por la índole de su padecimiento, rebasan las posibilidades de las unidades médicas rurales, pudiéndose ver directamente el desarrollo de programas tales como los de nutrición o los de planificación familiar.

En esta oportunidad se hizo una introducción a las visitas por parte de las autoridades del hospital, en la que se indicó cuáles son las bases de funcionamiento del mismo, de qué servicios consta, a qué población ampara, etc., estableciéndose un interesante diálogo con los asistentes a la Mesa Redonda.

Se realizó un recorrido por las instalaciones del hospital en el que se pudo observar, directamente, la manera en que se proporciona la atención, así como los procedimientos que se han implantado para el efecto.

Las delegaciones asistentes expresaron elogiosos comentarios relativos al funcionamiento del Programa IMSS-COPLAMAR, así como a lo emotiva y provechosa que resultó la visita realizada.

**Sesión vespertina**

*14 de noviembre de 1984*

El licenciado Gabino Fraga, secretario general del IMSS, a quien le tocara en turno presidir, abrió la sesión presentando al doctor Arnulfo Ramos Figueroa, delegado regional del IMSS en el Estado de Guerrero, quien desarrolló el trabajo "La autoridad delegacional y el Programa IMSS-COPLAMAR".

El doctor Ramos explicó la forma orgánica que reviste la autoridad delegacional y el modo en que se inserta en la estructura institucional. Señaló que sus más importantes tareas son las relativas a la adecuación de las normas nacionales, a la definición de metas operacionales en un ámbito geográfico y poblacional más circunscrito, y la interrelación y coordinación con las instituciones del sector salud y las autoridades gubernamentales.

Por otro lado, explicó que el delegado del IMSS, en un esfuerzo para sistematizar sus acciones, utiliza tres vertientes básicas:

- Promueve, fomenta y consolida la responsabilidad institucional.
- Consolida y promueve la coordinación con otras instituciones del sector salud.
- Consolida y concierta la relación con el gobierno estatal correspondiente.

Cerró su intervención afirmando que la Delegación, como órgano operativo de evaluación y control, debe consolidar cada día más sus acciones, utilizar todas las posibilidades a su alcance imponiendo imaginación, responsabilidad y pasión a un programa que constituye un orgullo dentro de los sistemas de salud en México.

Continuó la sesión con la exposición del trabajo "Funciones y actividades del jefe delegacional de servicios médicos en el Programa IMSS-COPLAMAR", por parte del doctor Alberto Pé-

rez Alvarez, jefe delegacional de Servicios Médicos del IMSS en el Estado de México.

El expositor comentó que el funcionario a que aludía su trabajo es responsable de difundir, implantar y vigilar la aplicación de las políticas, las normas y los programas emitidos por la Subdirección General Médica del IMSS, la Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR y otros órganos superiores; de supervisar y asesorar de manera directa la elaboración del diagnóstico de salud del que se deriva el programa de trabajo respectivo.

Para ello, el jefe de los Servicios Médicos Delegacionales cuenta con el apoyo de las coordinaciones de atención médica, medicina preventiva, medicina del trabajo, planificación familiar, odontología y enseñanza e investigación, para planear, supervisar, asesorar y evaluar el programa en las unidades médicas del mismo.

La exposición continuó por parte del doctor Efraín Velasco García, supervisor médico delegacional del Programa IMSS-COPLAMAR en el Estado de Oaxaca, con el tema "El equipo multidisciplinario de supervisión".

El doctor Velasco manifestó que este equipo está constituido por un médico, una enfermera, un técnico en salud comunitaria, un codificador médico y un administrador, y su función primordial es la de vigilar y apoyar la operación del programa en una región determinada, y tiene la actividad prioritaria de verificar que el diagnóstico de salud sea elaborado con información confiable, así como que la programación de actividades sea acorde con el diagnóstico. Una vez establecida la programación, es necesario vigilar su cumplimiento y para ello se especifican una serie de metas, de fechas, de reuniones y visitas en torno a aquellas actividades.

El doctor Velasco continuó haciendo una explicación sucinta de la forma como se analiza y procesa la información, de tal modo que al observar una tendencia baja de la incidencia de los padecimientos y una cobertura satisfactoria, puede saberse que han



contribuido al logro de los objetivos del Programa IMSS-COPLAMAR.

Para proseguir, hizo uso de la palabra el doctor Félix Garrido Maldonado, asesor médico auxiliar del Programa IMSS-COPLAMAR en el Estado de Oaxaca, con el tema "Lineamientos de trabajo del asesor médico auxiliar".

El doctor Garrido Maldonado manifestó que en este cargo, él visita periódicamente las unidades médicas del Programa, en donde observa, supervisa y evalúa el funcionamiento de las mismas, así como de los médicos que se encuentran a cargo, y al propio tiempo les auxilia y apoya en sus actividades.

Concluyó comentando la forma en que el desempeño de ese puesto le ha permitido conocer cada vez más la situación de las comunidades y satisfacer además sus expectativas personales.

El licenciado Fraga dio entonces la palabra al doctor José Aceves Gutiérrez, director del Hospital Rural "S" en Cuautlixco, Morelos, para dar lectura al trabajo intitulado "El hospital rural en el Programa IMSS-COPLAMAR".

El doctor Aceves manifestó que, para su operación, el Programa IMSS-COPLAMAR cuenta con unidades médicas de primero y segundo niveles. El segundo nivel de atención médica se encuentra representado por 62 hospitales rurales, distribuidos en el territorio nacional, y todos ellos semejantes, tanto en su funcionamiento técnico-administrativo, como en sus recursos humanos, físicos y materiales.

Al comentar el caso del hospital que él dirige, indicó que el 68% del personal es de base con contratación permanente en las áreas de enfermería, administración, servicios generales y conservación; un 26% del personal es becario y comprende pasantes de medicina, odontología, nutrición, enfermería, trabajo social y técnicos anestesiólogos; el 6% restante es el que conforma el cuerpo de gobierno, presidido por el director, e integrado por los responsables de las áreas de enfermería, administración y conservación.

Resaltó que el hospital cuenta con tres áreas de servicio: consulta externa, hospitalización y servicios de apoyo; en el área de consulta externa se otorga atención de medicina familiar, medicina preventiva, odontología, educación nutricional y consulta de especialidades básicas.

Prosiguió esta sesión con “La unidad médica rural”, trabajo expuesto por Magdalena Moreno Zapata, médico pasante en la Unidad Médica Rural de Nepopualco, Morelos.

Comenzó por explicar que la Unidad a su cargo tiene un área de 60 metros cuadrados, que consta de una sala de espera, un consultorio, una farmacia con 86 medicamentos diferentes, un cuarto de encamadas con dos camas de tránsito, una sala de exploración, un equipo de esterilización, una habitación que le sirve de alojamiento y dos baños.

En su Unidad se da consulta de lunes a sábado con el apoyo de dos enfermeras procedentes de la propia comunidad. Dado que este personal ha sido capacitado para su trabajo, en ausencia de la responsable puede atender enfermedades de fácil diagnóstico e incluso atender partos.

Prosiguió comentando la forma de detección con que se determinaron los principales padecimientos de la comunidad, así como el programa de trabajo que, en consecuencia, se elaboró.

En una emotiva intervención, la doctora Moreno Zapata puso de manifiesto que su aportación ha consistido básicamente en la atención médica a la comunidad, que los logros que se han obtenido en la comunidad son fundamentales y las experiencias y oportunidades que ella ha obtenido de su práctica profesional en esta comunidad han sido, en síntesis, sumamente enriquecedoras.

A continuación, se presentaron un par de aportaciones genéricamente denominadas “Tecnologías aplicadas en el Programa IMSS-COPLAMAR”.

La primera de ellas, relativa a orientación nutricional, fue expuesta por la enfermera Lucina Rosales Rodríguez, asesora de enfermería del Programa. La enfermera presentó en forma breve los estudios de detección de los problemas nutricionales en las áreas rurales que han sido practicados y, como consecuencia de ellos, los programas de atención nutricional que se han establecido, íntimamente ligados con el cuidado de las condiciones de salud e higiene en las comunidades en que se está operando, así como las medidas de control de dichos programas.

La segunda, concerniente a saneamiento ambiental, fue abordada por el ingeniero Rubén Hernández Cabrera, analista de sistemas del Programa. Este profesional hizo algunas consideraciones sobre la situación sanitaria de las comunidades, así como sobre algunas sencillas medidas que han sido de probada utilidad para mejorarla. Entre ellas, volvió a mencionar el hervido o filtración del agua, la disposición sanitaria de excreta, la recolección de desechos y basuras, etcétera.

Para finalizar la exposición del Programa, la doctora Aída María Rodríguez, jefa de la Oficina de Verificación de Normas e Investigación Técnica Administrativa del mismo, dio lectura al trabajo relativo a "Interrelación con la medicina tradicional", en el que comentó una serie de acciones que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha llevado a efecto para desarrollar la investigación en medicina tradicional y herbolaria, aprovechando, asimismo, la experiencia en la materia de las propias comunidades.

Al concluir esta amplia exposición, el licenciado Fraga solicitó a la Secretaría General de la AISS tener a su cargo la sesión, a efecto de tomar parte en la respuesta a los cuestionamientos que fueran planteados por los asistentes, en su calidad de Secretario General del IMSS.

Pidió la palabra un delegado de la India quien solicitó información más amplia sobre aspectos de financiamiento del Programa.

La representación del IMSS explicó la estructura financiera del Programa respecto de la participación de la federación, de los gobiernos locales y del propio Instituto.

El mismo delegado de la India preguntó si en el Programa se encontraba contemplado el uso de la homeopatía, a lo que se le respondió que no se encuentra incluida en el Cuadro Básico de Medicamentos que se utiliza; sin embargo se precisó que si se recurre a la herbolaria.

La representación del IMSS manifestó que, paralelamente a la prestación de servicios de salud, se busca que la comunidad asuma la posibilidad de acrecentar su capacidad de desarrollo.

La delegación de Togo comentó que la AISS podría organizar cursos en la materia, con el propósito de ayudar a las instituciones nacionales que se encuentren más atrasadas.

El señor Rys repuso que la AISS está desarrollando los planes de acción correspondientes.

La delegada de la India preguntó si existían posibilidades de promoción para el personal, a lo cual se le respondió en el sentido de que todas las clínicas se cubren con pasantes de la carrera de medicina que se encuentran realizando su servicio social.

Para dar por terminado el programa del día se procedió a la presentación de audiovisuales relacionados con el estudio y aprovechamiento que se está llevando a efecto en torno a la medicina tradicional y a la herbolaria, en los que se pudo apreciar el modo en que se ha capacitado al personal empírico como las parteras, y al mismo tiempo se han aprovechado los conocimientos que estas personas han recibido y transmitido por generaciones.

### **Sesión matutina**

*15 de noviembre de 1984*

Correspondió la presidencia de la sesión al señor Ramaswamy Dgesic, director general de la Corporación del Seguro de Trabajadores del Estado, de India, quien otorgó la palabra a la señora R. Khalil Mancy, directora del Departamento de Relaciones Exte-

riores del Ministerio de Seguro Social de Egipto, quien dio lectura al trabajo "La situación de los grupos marginados en la sociedad rural egipcia. Regímenes de asistencia social y desarrollo".

La señora Mancy se refirió en un principio a los grupos que forman la sociedad rural egipcia, indicando que los han clasificado en campesinos indigentes, campesinos pobres, pequeños agricultores, agricultores de clase media y agricultores ricos; para efectos del estudio de la marginalidad rural, comentó que se han considerado los dos primeros grupos.

Puso de manifiesto la voluntad política que existe en su país de solucionar el problema de la marginalidad; no obstante, recordó que diversos factores geográficos, políticos, demográficos, e incluso militares, han dificultado esa tarea.

Manifestó después que tanto las organizaciones del Seguro Social, como el Banco Nacional Nasser, han realizado múltiples acciones en materia de salud y servicios sociales, de tal manera que se puede afirmar que los grupos marginados, tanto rurales como urbanos, reciben un buen número de servicios sociales.

A continuación se dio la palabra al doctor Yeon Ha-cheong, miembro de la representación coreana, quien dio lectura al trabajo "La atención de la comunidad rural en Corea".

El expositor habló en relación con el Proyecto Demostrativo de Acción Sanitaria de su país, que se estructura como un sistema global de prestación de servicios de salud, así como de las políticas a largo plazo de un proyecto comunitario rural que se ha estimado conveniente implantar en su país.

Para fundamentar la necesidad de este tipo de proyecto, el doctor Ha-cheong se apoyó en múltiples cuadros estadísticos que evidencian la situación de la protección social en Corea.

Al concluir, el expositor fue interrogado por delegados de los Estados Unidos, México, India, Kenia, así como por funcionarios de la AISS, en relación con aspectos de finanzas, adiestramiento del

personal, costos y forma de aplicación del sistema expuesto, así como participación gubernamental.

Tomó la palabra el señor Ramaswamy Dgesic, para dar lectura a la "Monografía sobre la situación de los grupos marginados rurales en la India".

El delegado de la India hizo una revisión de los diferentes programas existentes en su país; se refirió a las agencias de desarrollo de los pequeños agricultores, de desarrollo rural integrado, de empleo rural para los que no poseen tierra, de salud rural y otros. No obstante, se señaló la ausencia de responsabilidad de las instituciones de seguridad social en dichos programas.

En esta oportunidad, los delegados de Filipinas, Corea, Cuba, México, Kenia, Ruanda y un representante de la OIT, solicitaron al expositor ampliar la información relativa a la evaluación de los programas, a prestaciones en dinero, a la reforma agraria, al financiamiento del sistema de pensiones, al número de hospitales rurales, etcétera.

La delegada de la Unión Soviética solicitó la palabra para expresar su beneplácito por el desarrollo y los logros de esta Mesa Redonda, y aprovechó la oportunidad para comentar "La generalización de la protección social para los grupos marginados del medio rural".

Explicó la manera en que se realiza el otorgamiento de prestaciones de seguridad social en su país, tanto médicas como en dinero y en especie. Comentó la grata impresión que le causó conocer las particularidades del Programa IMSS-COPLAMAR.

Al concluir esta breve intervención, la delegada de Camerún retomó la pregunta relativa a las formas de abastecimiento en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que le fue explicado con mayor detalle por el licenciado García Sáinz.

La delegación de Ruanda interrogó a los representantes de la AISS, en relación con la posibilidad de otorgamiento de asistencia técnica por parte del organismo.

El señor Rys respondió diciendo que la Asociación no proporciona asistencia técnica, pero que se abocarán a la búsqueda de algún plan de acción al respecto.

### **Sesión vespertina**

*15 de noviembre de 1984*

Se inició la sesión bajo la presidencia del señor Mondanga Emony, presidente delegado general del Instituto Nacional de Seguridad Social de Zaire.

Tomó la palabra el señor Felipe García Ortiz, jefe del Gabinete Técnico del Secretario General para la Seguridad Social de España, quien dio lectura al trabajo "La protección social de la marginalidad rural en España".

En esta oportunidad el delegado español analizó el régimen especial agrario de España y los problemas que actualmente enfrenta. Asimismo, al referirse a los servicios sociales proporcionados al medio rural, señaló las reformas que, en este momento, se encuentran en proceso de estudio por parte del gobierno, incluyendo una protección a los ciudadanos que aún carecen de seguridad social, consistente en pensiones asistenciales.

Prosiguió la sesión con la exposición que hizo la señora Epee Nee Kotto Mouyema, directora adjunta de prestaciones de la Caja Nacional de Previsión Social de Camerún, acerca de la situación de la protección social a las áreas marginadas rurales de su país, y de la correspondiente a la Costa de Marfil.

En relación a Camerún, la delegada explicó que es un ejemplo de la situación dramática en la que vive el conjunto de las zonas rurales, completamente marginadas; puso de relieve las grandes líneas de la política sanitaria y social que el gobierno de dicho país desarrolla en las zonas marginadas rurales.

Concluyó esta exposición comentando que en 1980, la Caja Nacional de Previsión Social de Camerún llevó a efecto un estudio

sobre la extensión de las prestaciones familiares al mundo rural, que ha servido de fuente de información en relación con esta problemática.

Al abordar el caso de la Costa de Marfil, la delegada del Camerún indicó que en ese país el Estado ha creado programas específicos y varias instituciones se responsabilizan de la cobertura sanitaria, de la parte educativa, y de la formación profesional, con miras a proteger a la población agrícola.

Además de los programas señalados, indicó que en la Costa de Marfil se creó la Mutualidad Agrícola, que es un seguro mutualista encargado, principalmente, de proporcionar garantías a la producción agrícola. Para finalizar, aclaró que ninguno de estos programas es de la responsabilidad de la seguridad social.

De inmediato se dio paso a la participación del señor Jean Victor Gruat, experto en cooperación técnica de la Oficina Internacional del Trabajo, quien leyó el artículo "La extensión de la protección social en Gabón: consolidación del desarrollo".

El representante de la OIT hizo una exposición muy detallada en la que señaló la carencia de protección social en Gabón, toda vez que ésta se otorga únicamente al sector asalariado urbano. La situación existente ha orillado al gobierno gabonés a estructurar una reforma denominada Régimen de Garantía Social, que se ha planteado como metas más relevantes la ayuda a los más desfavorecidos, la racionalización del sistema de salud pública, la promoción de la agricultura, así como la del trabajo independiente, y la racionalización de todo el sistema de protección social.

Los representantes de Ruanda, Togo, España y la India hicieron al señor Gruat una serie de planteamientos en torno a las cuestiones financieras, administrativas y de prestaciones, dentro del caso expuesto.



**Sesión matutina**

*16 de noviembre de 1984*

Esta sesión se desarrolló bajo la presidencia del licenciado Ricardo García Sáinz, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se iniciaron los trabajos con la participación del doctor Félix Argüelles Varcárcel, asesor de la Dirección de Seguridad Social del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social de Cuba, con la ponencia sobre "La extensión de la protección de los grupos marginados de las zonas rurales".

El doctor Argüelles describió la precaria situación existente en el medio rural cubano antes de la Revolución, prosiguiendo con la indicación de las características del Programa de la Revolución y sus repercusiones en el aspecto social.

Señaló el papel de la seguridad social en este contexto, así como la administración y el funcionamiento de los programas que se encuentran a cargo del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, del Ministerio de Salud Pública, de la Junta Central de Planificación, del Banco Nacional y del Banco Popular del Ahorro.

El doctor Argüelles afirmó que en su país se ha dado una radical supresión de la marginalidad, como una consecuencia del proceso revolucionario.

Para proseguir, se dio una interesante participación de la delegación de la República Popular de China, considerando, por una parte, que se trata de un país con un alto índice poblacional, y por otra, que no es miembro de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

La delegación china expuso las experiencias en atención médica primaria en las zonas rurales de su país, describiendo las características y acciones que han sido llevadas a efecto en la materia.

Señalaron, particularmente, las experiencias y tradiciones que han prevalecido y se han aprovechado a través del tiempo, en programas como el denominado de "médicos descalzos", en el que las comunidades rurales eligen a personas que son capacitadas para dar servicios primarios de salud a los propios núcleos en los que viven. Pusieron un énfasis particular en el trabajo sanitario en las zonas rurales, en las organizaciones higiénicas de base, en los problemas de recursos humanos y financieros, así como en el apoyo, por un lado, de las áreas urbanas a las áreas rurales, y por el otro, de las masas.

Al comentar su beneplácito por la presencia y la participación de China, los representantes de la OIT, Togo y México, solicitaron a los expositores alguna información adicional en torno a los aspectos financieros, de recursos humanos, de capacitación y formación del personal, así como de la participación de la mujer en tales programas.

Solicitó la palabra el señor Clendon Mason, ministro de Salud, Vivienda y Trabajo de Santa Lucía, quien en una breve intervención describió la protección a la población nacional, bajo los aspectos de la seguridad social y de la atención médica en su país, manifestando el gran interés que la temática de la extensión de la protección social le ha despertado.

Concluyó la sesión de exposiciones con la intervención de los doctores Jimmy R. Mitchel y John Todd, del Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos, quienes comentaron que este servicio cubre los programas de atención médica para los indígenas que forman los grupos nativos minoritarios.

Con un apoyo audiovisual, expusieron que las metas que se persiguen están siendo alcanzadas a grandes pasos, señalándose los logros que se han obtenido en comparación con la situación prevaleciente en 1955, en todos los campos relacionados con la organización de los servicios preventivos y curativos de la salud individual y ambiental.

## **Sesión de clausura**

*16 de noviembre de 1984*

El licenciado Emilio Rabasa Gamboa tomó la palabra para leer el Informe del Relator General, consistente en una breve reseña de los trabajos de la Mesa Redonda, y puso a la consideración de los asistentes las conclusiones recogidas de los planteamientos y exposiciones presentados, mismos que se transcriben en otro apartado de este volumen.

A continuación tomó la palabra el señor Rys, quien en su calidad de secretario general de la AISS, propuso la inclusión de la temática de la extensión de la atención a los medios marginados rurales en sus actividades regionales futuras. En el caso de América, hizo referencia a la Conferencia Regional Americana que se celebrará en Washington en 1985.

Se manifestó muy complacido por la asistencia y el interés que había provocado la Mesa Redonda y expresó una calurosa felicitación por la organización de la misma, agradeciendo la hospitalidad que les fue brindada y, para concluir, pronunció un mensaje haciendo una recapitulación de los trabajos de este evento y expresando el agrado de la AISS por los resultados obtenidos.

Para finalizar, el licenciado Ricardo García Sáinz agradeció la participación y colaboración de todas las personas que hicieron realidad esta reunión, e hizo la declaratoria de clausura de la misma.

## CONCLUSIONES



1. Es necesario definir claramente y con alcance universal los términos que conforman el fenómeno de la marginalidad, a efecto de que el debate sobre el mismo no se disperse como consecuencia de la indeterminación del objeto de estudio y atención.
2. Se evidenció la conveniencia de realizar reuniones como la presente, toda vez que resulta útil el intercambio de información y experiencia, del cual, los países cuyas instituciones se hacen representar, tomen aquello que les resulte mayormente interesante y que pueda servirles como base para el desarrollo de programas propios ajustados a sus propias realidades.
3. Aun cuando no todos los países cuyas instituciones han asistido a esta Mesa Redonda establecen una diferenciación entre sus acciones en el área rural en general y el área rural marginada en particular, sí reconocen la necesidad de emprender una acción coordinada en el plano nacional, con miras a ampliar la protección social a los grupos marginados rurales.
4. En los foros que constituyen la Asociación Internacional de la Seguridad Social en el ámbito mundial y en los organismos regionales, tales como en el caso americano, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, se reconoce la conveniencia de sensibilizar y concientizar a los países miembros y a otras instituciones u organizaciones invitadas respecto de las actividades que, en forma nacional o regional, se generen y desarrollen en torno a la temática de una acción en materia de marginalidad rural.
5. El fenómeno de la marginalidad no se circunscribe únicamente al ámbito rural, pues indiscriminadamente se presenta, asimismo, en el ámbito urbano. Por ello, se pone de manifiesto el imperativo de desarrollar acciones que se refieran a la solución del problema en una forma global, y no sólo a una parte del mismo.

6. Las delegaciones asistentes atestiguaron plenamente que la presencia del Programa IMSS-COPLAMAR en las zonas marginadas rurales de México, cuya exposición fue uno de los objetivos de esta Mesa Redonda, ha sido un factor decisivo de integración, desarrollo y organización, tanto en el nivel interno de las comunidades, como entre ellas y el universo en el que se encuentran. En particular se destaca el esfuerzo del Programa por rencontrar las formas propias y originales de las propias comunidades para resolver su problema de salud, como el mejor punto de partida para estructurar un modelo de atención integral a la salud, abandonando complicaciones tecnológicas innecesarias de alto costo y bajo rendimiento social.
  
7. La presentación de los distintos esquemas o modelos de protección social a los grupos marginados de las zonas rurales, así como otras acciones y programas de seguridad rural por parte de los asistentes a la Mesa Redonda mediante monografías o trabajos sobre sus respectivas experiencias nacionales, ampliamente destacadas en la parte de Relatoría, así como el debate suscitado con motivo de las mismas, fueron altamente positivos y estimulantes para constatar el grado de interés y avance que existe respecto del tema de la reunión. Consecuentemente, se pone de manifiesto el hecho de que si bien no existe una fórmula única de aplicabilidad universal, sí hay un consenso en cuanto a que es posible y factible lograr la extensión de la seguridad social a los conglomerados humanos que no están sujetos a una relación formal de trabajo, y por lo tanto, carecen de capacidad económica contributiva. El modelo de atención integral a la salud del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR es un claro ejemplo de ello.

Consecuentemente, a fin de lograr la meta establecida en Alma-Ata de "Salud para todos en el año 2000", resulta inadecuado sujetarse únicamente a los esquemas tradicionales de protección social en general y a los servicios de atención médica en particular. En este contexto, el problema de la extensión de la seguridad social no se reduce exclusivamente a la

disponibilidad de recursos económicos, sino sobre todo a una adecuada organización o combinación de los mismos y de otros de naturaleza política y social. La experiencia organizativa de IMSS-COPLAMAR, estructurada en cuatro pilares constituidos por: a) el presupuesto federal; b) la experiencia acumulada, la infraestructura operativa y de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social; c) la amplia participación de la comunidad beneficiada, y d) los gobiernos locales, demuestra la factibilidad en la correcta combinación de varias instancias para el éxito del programa.

En este sentido, el concepto de solidaridad social resulta adecuado y aconsejable para describir los nuevos esquemas de protección social a grupos sin capacidad contributiva y para abrir así nuevos horizontes y derroteros para la seguridad social, factor de entendimiento y paz.





Aspecto de la Ceremonia de Clausura. Delegados de España, Egipto y Cuba.





## **CEREMONIA DE CLAUSURA**



**DISCURSO PRONUNCIADO POR EL SEÑOR VLADIMIR RYS, SECRETARIO GENERAL DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL,**

**Señor Presidente**

**Señoras y señores**

Ya es costumbre que en la clausura de una reunión que es organizada o coorganizada, como sucedió con ésta, el Secretario General de la Asociación presente algunas conclusiones, no de carácter técnico, porque eso ya fue hecho de manera muy competente por nuestro colega Emilio Rabasa, sino conclusiones operativas referentes al trabajo futuro de dicha Asociación. Porque, ¿de qué servirá toda esta labor? y, después de todo lo que hemos trabajado arduamente durante esta semana, ¿de qué servirá, decía, si ahora que regresemos a nuestros diferentes países, a nuestros diferentes continentes, no tenemos ni la más remota idea de lo ocurrido? ¿A dónde iremos? Porque ésta es una de las características esenciales de trabajar en el campo de la protección social que nunca termina; debe seguir y las reuniones como ésta servirán para darnos una base para avances posteriores, a fin de realizar estudios en otras direcciones.

En mi carácter de Secretario General de la Asociación, al actuar con la premura del tiempo, sólo puedo presentarles algunas orientaciones que me han sido sugeridas a la luz de la experiencia. Obviamente, deliberar para establecer el programa de nuestras actividades futuras y tomar decisiones, serán tareas que competan a los diversos órganos estatutarios de la Asociación, pero creo que las orientaciones que serán examinadas pueden servir de guía para la oficina del Consejo de la Asociación, a fin de establecer sus programas de actividades y decidir lo que en el futuro deberá hacerse en este campo en particular.

Ahora bien, estas futuras actividades deberán estar basadas en ciertos planteamientos, en un reconocimiento de la situación

existente, y creo que el problema ha sido expuesto de manera muy clara.

Nos hemos dado cuenta desde el primer día, desde la primera tarde en aquella discusión que duró bastante, que en esta área en particular nos enfrentamos a un problema muy complejo. Hemos aceptado que existe una enorme variedad de condiciones respecto a la protección social de las poblaciones marginadas; no solamente entre los diferentes continentes, sino también entre los diversos países de un mismo continente, y este es un hecho que debemos tomar en cuenta.

Hemos reconocido que hay diferencias debido a la evolución específica, por un lado, de la protección social del sector rural y, por el otro, de la evolución específica de las ramas de la seguridad social; dentro de los sistemas de los diferentes continentes y países existen diferencias particulares: considerables diferencias en la evolución de la atención médica, especialmente respecto a la estructura institucional.

El reconocimiento de estos hechos tiene que guiarnos en el establecimiento de nuestras actividades futuras. Esta afirmación no debe considerarse, en absoluto, como una conclusión negativa de la conferencia. Creemos que, de ninguna manera, este reconocimiento puede disminuir los valiosos beneficios que se derivan de la comparación de las situaciones entre países y continentes diferentes. Creo que es preciso que nos demos cuenta de estas diferencias, que también tengamos en cuenta la determinación de programas específicos en nuestros países, y que estemos más conscientes de que se pueden corregir, que pueden ser mejorados, y que las formas en que esto suceda no tienen que ser necesariamente las mismas que se ponen en práctica en los diversas regiones. Creo que esta es una lección fundamental de comparaciones internacionales que debe ser recordada.

En segundo lugar, y esto se puso de manifiesto aquí, debemos obtener muchos beneficios al estudiar con profundidad el ejemplo de algunos líderes en este campo en particular. Ahora bien, uno de los objetivos de esta reunión fue el de tener la oportuni-

dad de estudiar el ejemplo de COPLAMAR, y creo que lo hemos logrado con bastante éxito; pero asimismo hemos visto que hay otros continentes, otros países que pueden servir de ejemplo para tomar medidas en otras direcciones.

Supongo que a ustedes les impresionó tanto como a mí el ejemplo presentado anoche respecto a la introducción de medidas para los indigentes en Gabón, Africa. Tal como se dijo en las conclusiones finales de nuestra reunión, el hecho de que existan estos ejemplos es una prueba de que esto puede lograrse; el único problema reside en que debe hacerse de acuerdo con las diversas situaciones socioeconómicas nacionales, debe estudiarse junto con las posibilidades de los diferentes países.

Con tales antecedentes y teniendo en mente este análisis, ¿qué puede hacer nuestra Asociación en los próximos años? Yo sugeriría que en vista de la situación específica de los diferentes continentes, nuestras actividades futuras se vincularán estrechamente en la situación de las variadas regiones.

Por ejemplo, aquí, en América, es obvio que debemos continuar estudiando las posibilidades de la explotación total del modelo de COPLAMAR, incluso en México, y además, estudiar las condiciones para introducir este tipo de programa en nuestro continente, ya que parece ser el más adecuado para considerar su introducción de acuerdo con la experiencia del mundo en lo referente a seguridad social.

Pero también creo que podemos ir más lejos, más allá del ejemplo de COPLAMAR, y que podríamos seguir la iniciativa, la idea que fue planteada aquí respecto a la conveniencia de que este trabajo que se refiere al sector de la atención médica dentro del espacio de COPLAMAR para el sector rural también se debería extender al sector urbano.

Respecto a nuestra Asociación, realmente estamos superando el alcance de las organizaciones miembros, pero creo que es perfectamente legítimo que nuestro programa de investigación que es de seguimiento, trate de examinar las diferentes perspectivas



de evolución en el campo de la seguridad social. Estoy convencido de que sería perfectamente legítimo que el programa de investigaciones de la Asociación adopte este tema para toda la región americana.

En palabras concretas, pienso que cuando la Conferencia Regional Americana de la Asociación Internacional de la Seguridad Social se reúna en septiembre del próximo año en Washington, al discutir las actividades futuras de dicha Asociación en América, será muy conveniente hacer una sugerencia, para que se incluya un proyecto de investigación respecto a la posibilidad de incluir el programa para los sectores urbano y rural en las medidas de protección social para poblaciones marginadas, y que dicho proyecto de investigación se incluya asimismo en nuestro programa.

Obviamente, señor Presidente, éste tendrá que estar apoyado por la iniciativa de su institución, porque ustedes, como dije antes, son los líderes en este sector y tienen que asumir esa responsabilidad, pero conociendo su avanzada política estoy seguro de que no habrá dificultades para cumplir con tal imperativo.

En nombre de nuestra Asociación puedo prometerle el apoyo total, no sólo del personal regional, sino el de los servicios centrales de investigación de la misma en cuanto a nuestro programa para América.

En cuanto a Africa, es obvio que ahora podemos seguir el ejemplo de Gabón. Debemos darnos tiempo para continuar la experiencia de este país en lo que algunas personas quieren considerar como proyecto piloto.

Por otra parte, y aquí llegamos a la dicotomía entre los diferentes enfoques de la seguridad social, en Africa debemos seguir ahora muy de cerca el desarrollo y reforzamiento del seguro de enfermedad y de atención médica. Como ya mencioné en una reciente conferencia de la AISS, que se celebró en septiembre en Lusaka, Zambia, se puso de manifiesto que ya es tiempo de que Africa avance en lo referente al seguro de enfermedad y atención médica.

Ahí está la voluntad política, ahora debemos estudiar los medios técnicos a nuestra disposición y los medios financieros para llevar a cabo los diferentes proyectos. Existen diversas formas de hacerlo y no voy a entrar en detalles, pero creemos que debe emprenderse un estudio minucioso. En este sentido, ya hemos programado una reunión y se acordó discutir el seguro de enfermedad y la protección de la atención médica en la próxima reunión de dirigentes de instituciones de seguridad social de Africa francófona, que se celebrará a fines del próximo año en Dakar.

Señor Presidente, creo que esta Mesa Redonda ha concretado el área de las posibles direcciones del trabajo de la Asociación, que será válido durante los próximos años. Me parece que sólo cuando hayamos terminado este período de trabajo regional, entonces, y sólo entonces, contemplaremos, en un par de años más, la posibilidad de reunirnos en una mesa redonda similar a ésta, para comparar las diferentes experiencias, la evolución que haya tenido lugar en los diversos continentes, en los diferentes países, para hacer un inventario y readaptar, reajustar nuestras perspectivas para el trabajo futuro porque, como ya mencioné, este trabajo no debe detenerse nunca.

Con estas conclusiones operativas llego al final de mi intervención que consiste en presentar, en nombre de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, nuestro más sincero agradecimiento, primero al Instituto Mexicano del Seguro Social y particular y personalmente a su director, licenciado Ricardo García Sáinz, por haber iniciado esta Mesa Redonda.

El lo hizo así en ocasión de la Asamblea General de la AISS, celebrada en Ginebra en 1983, durante la mesa redonda sobre servicios sociales y observó cuán rápido fue apoyada su idea, porque inmediatamente hubo un eco positivo por parte de los órganos responsables. A él pertenece el mérito de habernos traído a México.

También quiero agradecer al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, que colaboraron en la preparación técnica

y material de la conferencia. Sin esta preparación hubiera sido imposible trabajar en las condiciones, diría yo ideales, en que lo hemos hecho.

Debo mencionar que en esta ocasión particular, la tarea del Secretariado de la AISS fue muy pequeña, ya que pudimos apoyarnos en el competente equipo del Departamento de Asuntos Internacionales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Secretariado del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y en el personal del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Nuestro agradecimiento más sincero a todos ellos por tan magnífico trabajo.

Y, señoras y señores, nuestro agradecimiento, en nombre de la Asociación, a todos ustedes, a los relatores que nos proporcionaron los diferentes documentos. Debo decirles que cuando estábamos preparando la reunión, cuando faltaban únicamente diez días para el "día D", sólo teníamos cuatro o cinco ponencias en la lista, y para nosotros fue una gran sorpresa encontrar que algunas delegaciones, incluso sobre la marcha, prepararon los documentos; puedo relatarles el caso particular de una delegada que no vaciló en pasarse toda la noche elaborando su contribución al trabajo de esta conferencia. Quiero agradecer a todos ustedes este espléndido esfuerzo.

También quiero dar las gracias a todos los vicepresidentes. Es muy difícil llegar a una reunión y que de repente le pregunten a uno ¿quiere ser tan amable de ayudarnos a dirigir la reunión? Ellos no tuvieron tiempo de prepararse, sin embargo, respondieron espontánea y positivamente. Gracias a nuestros vicepresidentes, repito, por este esfuerzo.

Finalmente, agradeceremos su presencia a todos los participantes, no sólo a quienes pertenecen a las organizaciones miembros de la AISS, sino también, muy especialmente, a los que vinieron, no quisiera decir que como personas independientes porque nadie es un extraño cuando se trata de trabajar en el campo de la seguridad social, pero a ustedes que no son miembros, que no tienen la experiencia de nuestro trabajo; realmente es una venta-

ja para la AISS ser una organización no gubernamental por lo que podemos ser bastante flexibles en este enfoque general, abriendo libremente la puerta a todos los que tienen algo que dar, y todos ustedes han contribuido en una forma maravillosa.

Señor Presidente, esta reunión ha terminado, pero esto, como ya dije con anterioridad, no significa que nuestro trabajo apenas comienza, ahora debemos concentrar nuestros esfuerzos en los diferentes campos específicos que ameritan estudios posteriores, y sólo de este modo estaremos prestos a encontrar soluciones al programa que consiste en descubrir cómo asegurar cuando menos un poco de existencia decorosa para todas las personas del mundo.



El director general del IMSS y presidente del CPISS, licenciado Ricardo García Sáinz, clausurando formalmente la Mesa Redonda. En el presidium, de izquierda a derecha, el arquitecto José Ma. Gutiérrez Trujillo, coordinador general del Programa IMSS-COPLAMAR y el licenciado Gabino Fraga Mouret, secretario general del IMSS; señor Vladimir Rys, secretario general de la AISS, y el señor Alvaro Castro, consejero técnico y actuarial de la AISS.

## **DISCURSO DE CLAUSURA DEL DIRECTOR GENERAL DEL IMSS, LICENCIADO RICARDO GARCIA SAINZ**

### **Distinguidos integrantes del presidium**

### **Señores delegados**

### **Señoras y señores**

El día de hoy concluyen las labores de la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, evento en el que nos han honrado con su presencia representantes de países de cuatro continentes y de diversos organismos internacionales.

En las exposiciones sobre las experiencias nacionales y en los debates que se llevaron a cabo, se evidenció la urgente necesidad de proseguir con la lucha para lograr que la protección social a los marginados se intensifique en tal forma que se les integre al resto de la población.

Esperamos que las vivencias y experiencias que tuvieron la oportunidad de apreciar a través del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, contribuyan en alguna medida a solucionar los problemas de marginalidad en sus respectivos países y a fortalecer las relaciones entre nuestros pueblos.

Estamos conscientes de que lo anterior sólo podrá alcanzarse con la colaboración y asistencia de los organismos internacionales y con la participación decidida de todos nosotros.

Para el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social es motivo de gran satisfacción haber podido organizar la Mesa Redonda en este Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec, en estrecha colaboración con la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

**Deseo agradecer su presencia en este evento:**

**Al doctor Vladimir Rvs, secretario general de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, por su apoyo y expe-**

riencia proporcionados gentilmente para la realización de esta Mesa Redonda;

- A los organismos internacionales y delegaciones de otros países asistentes a esta reunión;
- A nuestros invitados especiales;
- Al equipo de trabajo de la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR;
- Al gobierno y pueblo de Morelos, por la hospitalidad y las atenciones brindadas a los participantes;
- A los miembros de la prensa nacional que cubrieron este evento;
- Al grupo de traductoras y edecanes que facilitó el desarrollo de los trabajos;
- A todo el personal del IMSS, que de una manera u otra hizo grata nuestra estancia en este lugar.

Me es muy honroso, hoy 16 de noviembre de 1984, declarar formalmente clausurados los trabajos de esta Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales, para beneficio de la seguridad social nacional e internacional.

PARTICIPANTES  
EN LA MESA REDONDA SOBRE  
LA EXTENSION DE LA PROTECCION  
SOCIAL  
A LOS GRUPOS MARGINADOS  
DE LAS ZONAS RURALES''





**CAMERUN**

Sra. EPEE NEE KOTTO MOUYEMA, HONOREE DENISE,  
*Directora Adjunta de Prestaciones de la Caja Nacional de  
Previsión Social de Camerún.*

**COREA**

Dr. YEON HA-CHEONG, *Director de Investigación,  
Planificación y Coordinación del Instituto de Desarrollo de  
Corea.*

Sr. KIM JIN KOO, *Administrador de la Corporación del Seguro  
Médico de Corea.*

Sr. WON CHAN CHANG, *Presidente de la Federación de  
Sociedades de Seguro Médico de Corea.*

Sr. JOHNG UN YANG, *Director de la Federación de Sociedades  
de Seguro Médico de Corea.*

**CUBA**

Dr. FELIX ARGUELLES VARCARCEL, *Asesor de la Dirección de  
Seguridad Social del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad  
Social.*

**CHINA R.P.**

Sr. M. SONG YUNFU, *Director Adjunto del Departamento de  
Asuntos Extranjeros del Ministerio de la Salud.*

Sr. DENG LIANG YUE, *Director del Instituto de la Acupuntura,  
Ministerio de Salud Pública.*

Sra. ZHANG YIFANG, *Subdirectora de la Sección de Medicina  
Interna del Hospital de XI YUANG, Ministerio de Salud Pública.*

Sra. MU YINGYING, *Intérprete en español de la Dirección de  
Asuntos Exteriores del Ministerio de Salud Pública.*

**EL SALVADOR**

Lic. JULIO EZEQUIEL MONTOYA, *Actuario Asesor del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.*

Sr. CARLOS JACINTO CHAVARRIA AGUILAR, *Jefe del Departamento de Asuntos Internacionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.*

**EGIPTO**

Sra. RAGAA KALIL MANCY, *Directora General de Relaciones Públicas y Desarrollo de Personal. Ministerio del Seguro Social.*

Sr. NOSHY ABBAS RAMADAN, *Director del Instituto General de Seguros y Seguridad Social.*

**ESPAÑA**

Sr. FELIPE GARCIA ORTIZ, *Director del Gabinete Técnico del Secretario General para la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.*

Sr. BERNARDO DIEZ RODRIGUEZ, *Subdirector General de Relaciones Internacionales del Instituto Nacional de Seguridad Social.*

**ESTADOS UNIDOS**

Sr. JIMMY R. MITCHELL, *Director Interino de la División de Actividades Sanitarias de Apoyo. Servicio de Salud Indio.*

Sr. JOHN G. TODD, *Asesor en Salud. Servicio de Salud Indio.*

**FILIPINAS**

Sra. FABIANA J. PATAG, *Administradora Asistente. Sistema de Seguridad Social.*

**GUATEMALA**

Dr. MARIO RENE MORENO CAMBARA, *Vicepresidente de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.*

Sr. JUAN EDUARDO SANCHEZ GARCIA, *Gerente General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.*

**HONDURAS**

Dr. MANUEL ENRIQUE LARIOS BONILLA, *Subdirector General del Instituto Hondureño de Seguridad Social.*

**INDIA**

Sr. B. S. RAMASWAMY, *Director General. Corporación del Seguro de los Trabajadores del Estado.*

Sra. CITRA CHOPRA, *Directora del Ministerio del Trabajo y Rehabilitación. Gobierno de la India.*

**KENIA**

Sr. MUGO LAZARUS MUNYI, *Director de la Caja Nacional de la Seguridad Social.*

**NICARAGUA**

Lic. ADA LUZ TIJERINO HURTADO, *Responsable del Departamento de Extensión al Campo. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar.*

**RUANDA**

Sr. JEAN BAPTISTE NSANZIMANA, *Representante de la Caja Social de Ruanda.*

Sr. ANDRE SEBATWARE, *Jefe de los Servicios Administrativos y Financieros de la Caja Social de Ruanda.*

**SANTA LUCIA**

Sr. CLENDON HAVES MASON, *Ministro de Seguridad Social. Gobierno de Santa Lucía.*

Sr. FRANCIS COMPTON, *Director. Sistema Nacional de Seguro.*

**TOGO**

Sr. AGBEKOU KOFFI, *Subjefe de Servicios del Centro Médico Social. Caja Nacional de Seguridad Social.*

Sr. BAKOLIMDA KOUM'ENA, *Subjefe de Servicios de Cotizaciones y Control del Personal. Caja Nacional de Seguridad Social.*

**U.R.S.S.**

Sr. NICOLAY TROFIMIOUK, *Jefe del Departamento de Seguridad Social del Estado. Consejo Central de Sindicatos de la URSS.*

Sra. RAISSA KALINKINA, *Consejera del Departamento Internacional. Consejo Central de Sindicatos de la URSS.*

**ZAIRE**

Sr. EMONY MONDANGA, *Presidente y Delegado General del Instituto Nacional de Seguridad Social.*

Sr. MPIANA KALALA, *Consejero Jurídico del Instituto Nacional de Seguridad Social.*

**AISS**

Sr. VLADIMIR RYS, *Secretario General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.*

Sr. ALVARO CASTRO, *Consejero Técnico y Actuarial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.*

**CIESS**

Lic. EMILIO RABASA GAMBOA, *Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.*

Lic. MARTHA LOPEZ MOCTEZUMA, *Administradora del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.*

Dr. CARLOS CAMPILLO, *Titular de la División de Medicina Social del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.*

**CONVENIO HIPOLITO UNANUE**

Dr. DORIAN GORENA URIZAR, *Secretario Adjunto del Convenio Hipólito Unanue (Organismo Internacional sobre Cooperación en Salud de los Países del Area Andina).*

**CPISS**

Dr. GASTON NOVELO VON GLUMER, *Secretario General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.*

Lic. OLGA PALMERO ZILVETI, *Jefe de los Servicios Técnicos del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.*

**OIT**

Sr. JEAN VICTOR GRUAT, *Consejero de Orientación y Planificación Social de la Oficina Internacional del Trabajo.*

Sr. ALFREDO CONTE GRANT, *Consejero Regional en Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo.*

**MEXICO**

Lic. RICARDO GARCIA SAINZ, *Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Lic. GABINO FRAGA MOURET, *Secretario General del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Dr. CARLOS MAC GREGOR, *Subdirector General Médico del IMSS.*

Arq. JOSE MARIA GUTIERREZ TRUJILLO, *Coordinador General del Programa IMSS-COPLAMAR.*

Lic. MARGARITA GONZALEZ GAMIO, *Titular de la Jefatura de Prestaciones Sociales del IMSS.*

Lic. MARCO ANTONIO MICHEL DIAZ, *Jefe de los Servicios del Secretariado Técnico del IMSS.*

Lic. ANTONIO BRAMBILA MEDA, *Prosecretario General del IMSS.*

Sra. GEORGINA GARCIA SAINZ, *Vocal Titular de la Unidad de Promoción Voluntaria del IMSS.*

Dra. GEORGINA VELAZQUEZ DIAZ, *Coordinadora Médica de IMSS-COPLAMAR.*

Sr. RAUL HORACIO ANCHONDO CHAVEZ, *Coordinador Administrativo de IMSS-COPLAMAR.*

Lic. GASTON MARTINEZ MATIELLA, *Coordinador de Acción Comunitaria de IMSS-COPLAMAR.*

Dr. SERGIO MONJARDIN ESPEJEL, *Coordinador de Extensión de Servicios de Solidaridad Social de IMSS-COPLAMAR.*

Dr. FEDERICO MARTINEZ, *Jefe del Departamento de Normas de Organización Comunitaria y Mejoramiento del Medio IMSS-COPLAMAR.*

Dr. ELOY CAPELLINI GOYA, *Jefe Delegacional de Servicios Médicos. IMSS. Cuernavaca, Morelos.*

Dr. QUINTIN MANRIQUE GUTIERREZ, *Secretario General de la Sección XIX del Sindicato Nacional de los Trabajadores del IMSS. Morelos.*

Sr. CARLOS DE LA CRUZ PINEDA, *Secretario Particular del C. Consejero Felipe González V. H. Consejo Técnico, Sector Obrero. IMSS.*

Sr. FELIPE GONZALEZ VELAZQUEZ, *Consejero del H. Consejo Técnico, Sector Obrero. IMSS.*

Sr. ALFONSO GARZON S., *Senador de la República, Secretario General. Central Campesina Independiente.*

Sr. RAFAEL EQUIHUA PALOMARES, *Secretario General de la Central Campesina Independiente en el Estado de Morelos.*

Sr. SILVIANO MENDOZA MENDOZA, *Consejero de Asistencia y Seguridad Social. Consejo Nacional de Pueblos Indígenas.*

Dra. MAGDALENA MORENO ZAPATA, *Médico Pasante Rural en Nepopualco, Morelos.*

Sr. JESUS FLORES SANCHEZ, *Coordinador Médico del Centro de Estudios Rurales. Instituto Nacional de la Nutrición. Cuetzalan, Puebla.*

Enf. LUCINA ROSALES RODRIGUEZ, *Asesor de Enfermería, IMSS-COPLAMAR.*

Dra. AIDA MARIA RODRIGUEZ, *Jefe de la Oficina de Verificación de Normas e Investigación Técnica Administrativa, IMSS-COPLAMAR.*

Dr. J. JESUS PAZ ARELLANO, *Subjefe del Departamento de Atención a la Salud. Instituto Nacional Indigenista.*



Dr. LUIS FLORES LEON, *Jefe del Departamento de Atención por Niveles-Normatividad y Control Médico. ISSSTE.*

Sr. OSCAR GOYCOOLEA, *Coordinador. Medicina Familiar y Comunitaria. ISSSTE.*

Lic. ANTONIO SANCHEZ TREJO, *Comisario. Secretaría de la Contraloría General de la Federación.*

Sr. OSCAR LANGLET, *Comisario. Secretaría de la Contraloría General de la Federación.*

Dr. JORGE SANCHEZ MEJORADA FERNANDEZ, *Subdirector de Planeación de Salud Pública. Secretaría de Salubridad y Asistencia.*

Lic. SERGIO PALACIOS GONZALEZ, *Subdirector de Apoyo a la Descentralización. Secretaría de Salubridad y Asistencia.*

Sr. ELIO SPEZIALE SAN VICENTE, *Asesor. Subdirección de Obras y Patrimonio Inmobiliario. IMSS.*

Dr. JOSE ACEVES GUTIERREZ, *Director del Hospital Rural "S" en Cuatlixco, Morelos.*

Dr. ALBERTO PEREZ ALVAREZ, *Jefe Delegacional de Servicios Médicos. IMSS. Estado de México.*

Lic. MA. EUGENIA VELASCO ALVA, *Coordinadora de Investigación y Difusión Cultural. Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Dr. CARLOS MACIAS UGALDE, *Médico Familiar. Representante de la Comisión Mixta Escalafonaria. IMSS.*

Dr. ARNULFO RAMOS FIGUEROA, *Delegado Regional del IMSS en Guerrero.*

Dr. FELIX GARRIDO MALDONADO, *Asesor Médico Auxiliar. IMSS-COPLAMAR. Oaxaca.*

Sr. RUBEN HERNANDEZ CABRERA, *Asesor de Apoyo a la Operación. IMSS-COPLAMAR.*

Dr. RODOLFO BAEZ OCHOA, *Jefe de la Oficina de Evaluación. IMSS-COPLAMAR.*

Dr. EFRAIN VELASCO GARCIA, *Supervisor Médico Delegacional. IMSS-COPLAMAR. Oaxaca.*

Sra. PATRICIA HERNANDEZ PEÑA, *Investigadora. Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sr. ROBERTO MONROY VALLEJO, *Investigador. IMSS.*

Lic. PATRICIA MEJIA BASURTO, *Investigadora. Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sra. NATALIA SOSA FUENTES, *Asistente de Difusión Cultural, Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sra. MA. CECILIA LARA CEBADA, *Investigadora. Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sr. BENJAMIN FLORES HERNANDEZ, *Investigador, Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sr. ARMANDO PINEDA OSNAYA, *Investigador, Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sra. LAURA GARCIA, *Investigadora. Jefatura de Publicaciones. IMSS.*

Sr. RAFAEL GILES VALDES, *Asesor de Planeación. IMSS-COPLAMAR.*

Sra. LOURDES RODRIGUEZ CASTELLO, *Oficina de Divulgación. Programa IMSS-COPLAMAR.*

456

**DEPARTAMENTO DE ASUNTOS INTERNACIONALES  
DEL IMSS**

Lic. ARTURO VILCHIS ESQUIVEL

Lic. PATRICIA ALVAREZ SCHERER

Lic. GUADALUPE ARRIAGA DIEZ

Lic. FRANCISCO ACEVEDO MORGA

Lic. SARA ELIZABETH GUTIERREZ MIRANDA

Lic. MARTHA ELMA CONTRERAS RODRIGUEZ

Srita. GUADALUPE HURTADO

**Compilación**

Guadalupe Arriaga Díez  
Arturo Vilchis Esquivel  
Sara Elizabeth Gutiérrez

**Coordinación Editorial**

Luis Arenas Rosas

**Diseño**

Juan Manuel Estrello  
Oscar Victorica Cea  
Alejandro Velasco

**Traducción**

Alicia Coquet  
Julio Artega  
Josefina Aldana  
Yolanda Saloma

**Corrección y revisión**

Concepción de la Torre

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Lic. Ricardo García Sáinz**  
Director General

**Lic. Emilio Rabasa Gamboa**  
Secretario General

**Lic. y C.P. Agustín Barbabosa Kubli**  
Director del Departamento de  
Asuntos Internacionales

*La Memoria de la Mesa Redonda sobre la Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados de las Zonas Rurales* se terminó de compilar en el mes de abril y se imprimió durante el mes de mayo de 1985 en los talleres de Impresora Becanor, S.A., Bolívar número 385 en la Ciudad de México. La edición fue realizada en español, inglés y francés. El tiraje fue de 500 ejemplares en cada versión y el cuidado de la edición estuvo a cargo de la Jefatura de Publicaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.