

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XX

EPOCA III

Núms. 71-72

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE

1971

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

INDICE

	Pág.
CONVOCATORIA	7
XVII REUNION DEL CPISS	11
Primera Sesión	13
Segunda Sesión	39
Tercera Sesión	67
IX CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL	99
Sesión Solemne de Inauguración	101
INFORME Y PONENCIAS	121
Informe del Secretario General	123
Evolución y tendencias de la Seguridad Social en las Américas	251
Programa Coordinado de extensión de la Seguridad Social al Sector Campesino	273
Relación entre la Capacitación de los Cuadros y la Eficiencia y el Rendimiento en la Organización y Gestión Administrativa en las Instituciones Latinoamericanas de Seguridad Social	313
Sistemas de Información y Evaluación de la Productividad en el Cuidado y Promoción de la Salud en el ámbito de la Seguridad Social	359
RESOLUCIONES	411
Resolución No. 73	413
Resolución No. 74	414
Resolución No. 75	415
Resolución No. 76	418
CEREMONIA DE CLAUSURA	423
RELACION DE PARTICIPANTES	433

INFORME Y PONENCIAS

**PROGRAMA COORDINADO DE EXTENSION
DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL SECTOR CAMPESINO**

PONENTE: Instituto Colombiano de Seguros Sociales,
doctor Horacio Parra Escobar.

16-21 Agosto de 1971.

Quito, Ecuador.

NOTA PRELIMINAR

Por cuanto la iniciativa del Programa Experimental de Seguro Social Campesino coincide y se apoya en los postulados y principios universales de la Seguridad Social, contenidos en los textos originales de las resoluciones y recomendaciones de los Organismos Internacionales que más adelante se mencionan, el autor de esta Ponencia ha optado por presentar —no necesariamente los aspectos conceptuales— sino más bien las etapas descriptivas operacionales del Programa, con el fin de ofrecer, en el transcurso de su desarrollo y al término de su propósito, el registro analítico de los resultados como experiencia aprovechable para la planeación de futuros ensayos similares de extensión del Seguro Social al sector campesino colombiano.

“PROGRAMA COORDINADO DE EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL SECTOR CAMPESENO”

(Modelo Experimental, en desarrollo, sobre una muestra seleccionada de población rural en Colombia).

I.— *Definición y Objetivos.*—

Como el título y subtítulo lo indican, este Programa es un diseño experimental de coordinación, técnica, administrativa y financiera, en etapa inicial operativa, sobre una muestra seleccionada de población rural Colombiana, destinado a la mejor utilización de los recursos humanos y materiales para llevar progresivamente la protección del Seguro Social al Sector Campesino Nacional.

En su planeamiento, ejecución y posterior evaluación han venido participando el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA) y la Universidad Nacional de Colombia.

II.— *Justificación.*—

La preocupación permanente de los organismos internacionales de seguridad social, de trabajo y de salud pública por la necesidad de extender progresivamente a la población rural el beneficio de la seguridad social estimula y justifica todos los esfuerzos proyectados a satisfacer la angustiada carencia de servicios de atención médica preventivo-asistenciales para el trabajador campesino y su familia y la prestación de subsidios económicos en los trances de incapacidad laboral, transitoria o definitiva, producida por la enfermedad o el accidente.

Dicha preocupación ha quedado recogida y consignada en Recomendaciones y Resoluciones de Congresos, Conferencias, Reuniones y Seminarios que en seguida y por orden cronológico se enumeran:

— La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) en

sus Asambleas Generales II y XII, celebradas respectivamente en Viena, 1928 y en Londres, 1958. . .

- La Organización de Estados Americanos (OEA) en recomendación al Consejo Interamericano Económico y Social.
- La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) por Resoluciones aprobadas en sus Reuniones: I, de Santiago de Chile, 1942; II, de Río de Janeiro, 1947; IV y VI, de México, 1952 y 1960; V, de Caracas, 1955; VII, de Asunción, 1964 y muy particularmente, en la VIII, celebrada en la ciudad de Panamá en febrero de 1967, donde Delegados del Instituto Mexicano del Seguro Social tuvieron a su cargo y desarrollaron exhaustiva y magistralmente la Ponencia sobre “Extensión de la Seguridad Social a la Población Rural”.
- La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en su ciclo de sesiones celebrado en Caracas, Venezuela en mayo de 1967.
- La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) en sus Congresos II, III y IV y en la Ponencia sobre “Nuevas Experiencias de las Prestaciones Médicas de la Seguridad Social a Zonas y Comunidades Rurales”, presentada a su nombre en el I Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, celebrado en México en enero de 1969. (Del texto de esta Ponencia se han tomado las referencias de la enumeración hasta aquí transcrita).
- La Comisión Regional Americana Médico Social, como órgano conjunto de la AISS y la CISS, en la Ponencia sobre “Coordinación de la Instituciones de la Seguridad Social y los Ministerios de Salud Pública”, presentada al I Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, antes mencionado, en lo que atañe a la necesidad de coordinar los recursos humanos y materiales del Sector Salud en todo plan de extensión de la seguridad social al medio rural, y finalmente, las recomendaciones y sugerencias presentadas al II Congreso de Medicina de la Seguridad Social, celebrado en Bogotá en 1970, referentes a la inaplazable conveniencia de orientar los planes de educación médica y paramédica hacia la formación de profesionales y trabajadores de la salud, en número y con calificación académica mínima suficiente y capacidad de adaptación

a las naturales limitaciones y deficiencias del medio, para la oportuna y eficaz prestación de servicios de medicina de la seguridad social al trabajador campesino independiente y a su familia.

III.—*Antecedentes.*—

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales inició el 26 de septiembre de 1949, para el núcleo urbano de Bogotá, la prestación del riesgo de enfermedad no profesional-maternidad, cuyos beneficios solamente cubrían —por disposición de su ley orgánica— al asalariado cotizante, a su mujer en caso de maternidad y al hijo hasta el 60. mes de edad, término éste que se extendió hasta un año, en diciembre de 1967.

Después en 1950, al establecerse la Caja Seccional del Quindío —región agrícola casi totalmente dedicada al cultivo y a la industria del café— el Instituto extendió su acción protectora hacia los trabajadores rurales *asalariados permanentes* de las grandes haciendas y a los grupos de trabajadores ocasionales, dedicados transitoriamente a la recolección del grano durante las dos cosechas, principal y secundaria, de cada año. Sin embargo, la cobertura del Seguro no incluía, en sus prestaciones médicas al núcleo familiar del asegurado, ni incorporaba tampoco al trabajador independiente o pequeño caficultor.

Más tarde, en 1961, cuando el Seguro Social extendió a la Zona Bananera del Norte del país la prestación del riesgo de enfermedad no profesional y maternidad, encontró que la empresa extranjera United Fruit Company, encargada del cultivo y exportación del fruto había con anterioridad adquirido, por convenciones colectivas de trabajo, el compromiso de otorgar servicios de atención médica a la familia del asegurado directo. En tales circunstancias, el Seguro Social Colombiano contrató con la empresa la prestación de tales servicios, pero los suspendió al retirarse posteriormente de la Zona de cultivo la compañía exportadora.

Un contrato similar se mantiene actualmente con la empresa siderúrgica más importante de Colombia, PAZ DE RIO, S. A., en el Departamento de Coyacá, pero con la diferencia de que la población asegurada de dicha empresa labora en las instalaciones industriales urbanas y habita en sus contornos, aunque la mayoría de sus trabajadores proviene originalmente del medio rural.

En realidad, el antecedente inmediato del Programa Coordinado de Extensión de la Seguridad Social al Sector Campesino, objeto de esta Ponencia, se remonta a mediados de 1968, cuando el ICSS acogió la iniciativa del entonces Jefe de la Dirección de Desarrollo Social del Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA) para estudiar la posibilidad de organizar servicios de seguro social a población campesina vinculada con dicha Institución. En etapas sucesivas de discusión se acordó consultar la opinión y solicitar la colaboración técnica del Ministro de Salud Pública y de la Universidad Nacional, hasta proponer un esquema tentativo de Coordinación de Servicios de Salud que se desarrollaría con la cooperación técnico-administrativa y financiera de las cuatro instituciones comprometidas y bajo la responsabilidad operativa del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, con base en el siguiente anteproyecto general, cuyas premisas y requisitos fueron acordados provisionalmente para quedar más tarde aprobados y registrados en los respectivos contratos de coordinación interinstitucional.

IV.— *Anteproyecto General.*—

- 1.— Denominación: Programa Coordinado de Salud Rural.
- 2.— Participantes: Además de las cuatro entidades inicialmente coordinadas, ISS, INCORA, Ministerio de Salud y Universidad Nacional, se solicitaría la participación de otras instituciones conexas, tanto nacionales como internacionales.
- 3.— Objetivos: Diseñar un proyecto experimental de prestación de servicios de atención médica integral para una muestra seleccionada de la población campesina del país.
- 4.— Riesgos a cubrir: Enfermedad no profesional, maternidad y accidentes, con exclusión inicial de las respectivas prestaciones económicas (subsidios, indemnizaciones, etc).
- 5.— Lapso de funcionamiento: Un año.
- 6.— Población asegurable: Trabajadores rurales *independientes y sus familias*, vinculados al INCORA por crédito supervisado.
- 7.— Modalidad de inscripción: Voluntaria (al contrario de la inscripción para trabajadores rurales asalariados, que es *obligatoria*).

- 8.— Cotización laboral: Cuotas fijas mensuales, mínima y máxima, en cuantía proporcional al número de hijos dependientes de cada trabajador asegurado.

Nota: Estas cuotas quedaron fijadas posteriormente así: la mínima en \$600.00 pesos colombianos anuales (US\$30.00) y la máxima en \$840.00 pesos colombianos (US\$42.00), con promedio equivalente a un 7,2% del salario *total anual* de la familia campesina, calculado en \$10.000.00 pesos colombianos (US\$500.00) y formado por ingresos en dinero (aproximadamente \$6.000.00) (US\$300.00) y en especie (vivienda propia, cultivos de pancoger, caza, pesca e intercambio de jornales en la preparación de tierras, siembra y recolección con agricultores vecinos, etc. calculados en \$4.000.00 (US\$200.00).

- 9.— Forma de pago.— Anticipada la totalidad de la cuota anual para garantía de cumplimiento y facilidad de recaudo. Posteriormente se acordó que, al inscribirse, el asegurado consignaría, en efectivo, los 3/12 de la cuota anual y los 9/12 restantes, con un pagaré que el INCORA le otorgaría automáticamente en calidad de "*Préstamo para Salud*".
- 10.— Aportes del ICSS.— Una suma global equivalente a las cuotas anuales de 1.000 familias aseguradas.
- 11.— Aporte del INCORA.— Igual al del ICSS.

Nota: en esta forma la financiación del Programa estaría constituida por contribuciones tripartitas, así:

Asegurado: 1/3, cuota laboral; ICSS 1/3, e INCORA 1/3, ésta quedaría asimilada a la cotización patronal.

- 12.— Ministerio de Salud Pública.— Cooperaría, directamente intensificando las campañas de prevención de las endemias prevalentes y de las epidemias en la zona geográfica seleccionada e indirectamente, a través de su respectivo Servicio Seccional de Salud, con las instalaciones y dotaciones de sus organismos de salud, e igualmente con la intensificación de las actividades programadas de medicina preventiva sobre la población general y la población asegurada.
- 13.— Fondo Nacional Hospitalario.— Este Organismo, financiado con el 10% de las reservas del riesgo de invalidez, vejez y

muerte, tendría a su cargo la construcción, remodelación y dotación básica inicial de los organismos de salud de la Zona.

- 14.— Universidad Nacional de Colombia.— Prestaría asesoría técnica en la promoción del Programa y procuraría la colaboración de estudiantes de la salud (medicina, odontología, enfermería, nutrición, veterinaria) y de otras disciplinas académicas (antropología, sociología) en el desarrollo de las actividades programáticas.

V.—*Labores Preliminares al desarrollo del anteproyecto.*

Estas labores comprenden:

- 1.—Selección de la Zona Programática.
 - 2.—Inventario de recursos humanos y materiales.
 - 3.—Encuesta médico-social complementaria.
 - 4.—Plan de atención médica; y,
 - 5.—Celebración de Contratos de Coordinación.
- 1.—Selección de la Zona: Con base en las premisas y requisitos del anteproyecto general (Punto IV), fue escogida como zona de experimentación del Primer Programa Coordinado de Salud Rural una parte de la región Sur-Occidental del Departamento del Meta (Llanos Orientales de Colombia), la cual comprende 10 municipios, con una población aproximada, en 1967, de 100,000 habitantes, . . . 80,000 de los cuales ubicados en el medio rural y 20,000 en la zona urbana. (La población está constituida por habitantes vernáculos y por creciente contribución de inmigrantes, provenientes de diversas regiones del país. Hacia el Sur de la Zona se continúan estableciendo avanzadas de colonización).

Características geográficas.—La altitud media de la zona es de 500 metros sobre el nivel del mar, con temperatura de 25 a 30°C y humedad relativa de 80% en la mañana y 71% al medio día.

El régimen de lluvias es factor predominante del clima y se define por periodos anuales así: una época de verano o sequía con temperatura elevada, resecaamiento del suelo, marcada disminución del caudal de los grandes ríos, agotamiento de riachuelos y fuentes de agua, con duración aproximada de dos meses (diciembre a febrero). Una intermedia de lluvias intermitentes, seguida por

la época de invierno (julio a agosto), con intensa precipitación fluvial, reaparición de los riachuelos y fuentes de agua agotadas, desbordamiento de los grandes ríos, interrupción de vías de comunicación terrestre e intensificación de la población de mosquitos, con recrudecimiento de la endemia palúdica.

Economía.—Son bases principales: ganadería extensiva; agricultura (cuyos principales cultivos son: arroz, maíz, plátano, yuca, café, soya y algodón) y, en menor cuantía, la pesca.

Comunicaciones terrestres, fluviales y aéreas.—La capital de la República, sede Nacional de las Instituciones participantes en el Programa, se comunica con carretera pavimentada y por vía aérea con la capital del Departamento del Meta. De ahí en adelante, hacia el Sur, una carretera macadamizada enlaza las cabeceras de los diez municipios incorporados de la Zona. Los pequeños caseríos y veredas de concentración rural se comunican entre sí y con la vía principal por carretables y caminos de herradura. En algunos sectores de la zona los ríos navegables y algunos campos de aterrizaje complementan los medios de transporte. (Ver croquis en la página siguiente).

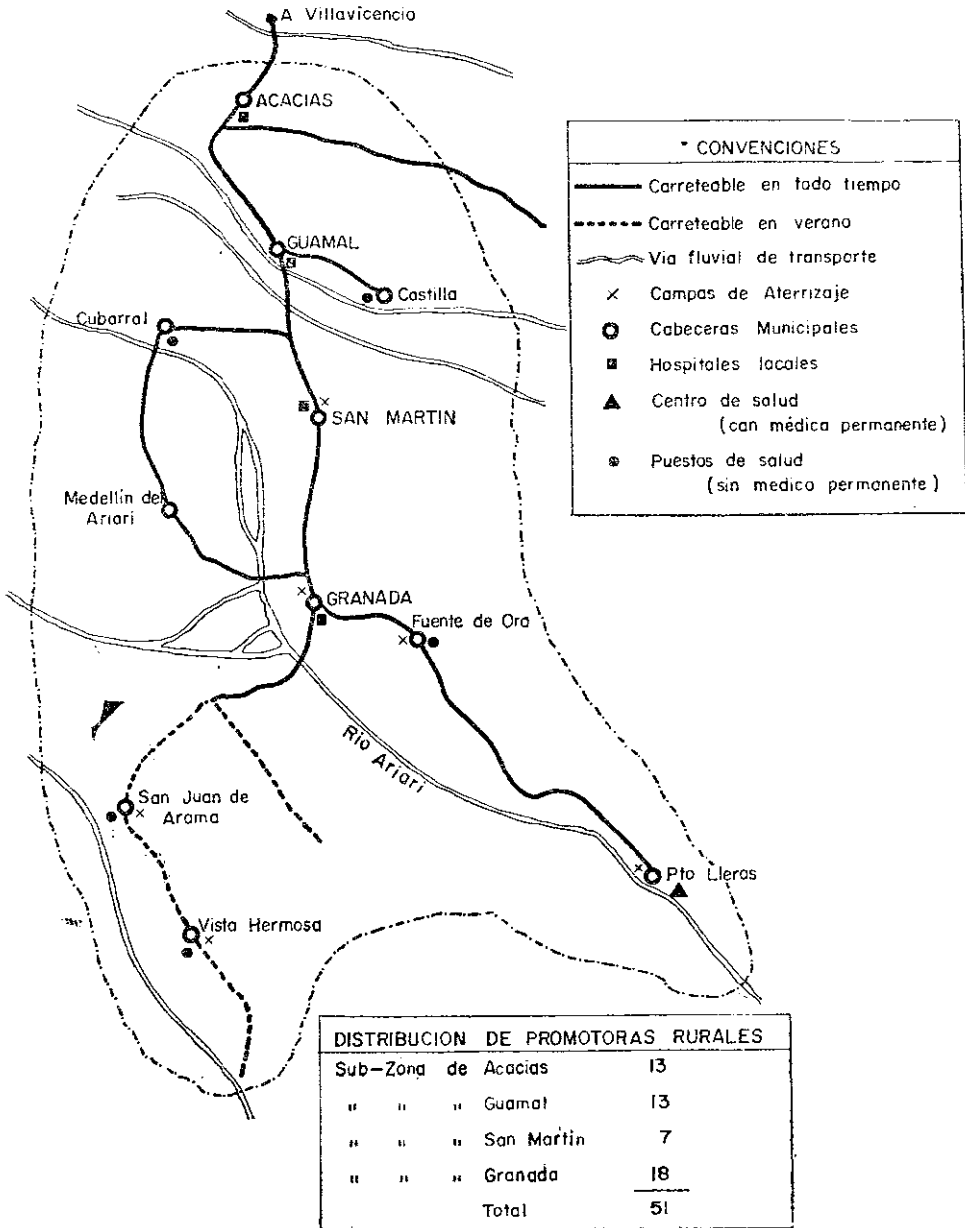
Características demográficas.—La densidad de población alcanza a 2.7 habitantes por K², con una tasa de crecimiento geométrico anual de 7.4%, ligeramente superior *al doble* del promedio nacional.

El 46.4% de la población general tiene menos de 15 años de edad; el 43.5%, 15 a 44 años y el 10.8% son mayores de 45. Se anota el fenómeno inquietante de que la población viene creciendo, en sus grupos dependientes menores de 15 años, a expensas de la población económicamente activa cuyo crecimiento es relativamente menor.

Indicadores de salud.—La mortalidad general es del 12 por 1,000 y la infantil de 87,5.

La morbilidad se caracteriza en la población de 0 a 14 años por la prevalencia de enfermedades gastro-intestinales (infecciosas y parasitarias); desnutrición proteico-calórica y anemias; paludismo; enfermedades de los aparatos respiratorio y urinario y accidentes. En el grupo de población económicamente activa predominan las mismas causas del grupo anterior, a las cuales se agregan las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio y la tuberculosis en todas sus formas.

ZONA PROGRAMATICA DEL PROYECTO DE EXTENSION RURAL



VI.—Inventario de Recursos Humanos y Materiales.

Ministerio de Salud Pública — Servicio Seccional de Salud del Meta.—Para la época de este inventario, en la zona programática estaba establecida una estructura sanitaria, dividida en cuatro sub-zonas, con sendos hospitales locales en las cabeceras municipales de Acacias, Guamal, San Martín y Granada (ver mapa página 283), un servicio de educación y recuperación nutricional, un Centro de Salud (con médico permanente) y 16 Puestos de Salud (sin médico fijo), pero atendidos periódicamente con visitas médicas y odontológicas.

La disponibilidad laboral de profesionales médicos para-médicos, auxiliares y personal administrativo era la siguiente: 53 horas médicas diarias, 13 odontológicas, 32 para saneamiento ambiental, 96 de auxiliares de enfermería, 168 de ayudantes de enfermería, 8 de auxiliares de odontología, 20 de ayudantes de estadística y 32 de asistentes administrativos de hospitales.

Por entonces, se cumplían Programas de atención médica, odontológica, nutricional, de educación sanitaria y de vacunación. La atención médica era casi toda de emergencia o episódica, apenas si cubría el 50% de la población necesitada y quedaba restringida, en gran proporción, a los habitantes urbanos o a los rurales vecinos de los centros hospitalarios locales.

Posteriormente, en 1969 empezó a funcionar el Servicio de Extensión Materno-Infantil y de Bienestar Familiar, encargado de reforzar las campañas de protección a la madre y el niño en las zonas urbanas y rurales y de adelantar labores de información, de educación y operativas de planificación familiar. En las zonas propiamente campesinas, estas actividades están al cuidado de *PROMOTORAS RURALES DE SALUD*.

Definición de Promotora Rural de Salud.—Voluntaria, seleccionada por la comunidad donde reside, con vocación de servicio social y tiempo disponible, que sepa leer y escribir funcionalmente y haya recibido adiestramiento adecuado para ejercer acciones de salud, particularmente de carácter educativo y preventivo, en coordinación con los organismos locales de salud.

Las Promotoras son escogidas de preferencia entre las hijas o familiares de los líderes de la comunidad.

Su capacitación teórico-práctica se cumple a través de cursillos que se realizan generalmente en la Capital del Departamento en otra

ciudad principal donde se disponga de personal docente médico y para-médico y de facilidades para el adiestramiento en prácticas de medicina preventiva, atención de servicios materno-infantiles, primeros auxilios y cuidado de enfermos.

Las candidatas seleccionadas se concentran en internados o casas acondicionadas al efecto, bajo el cuidado de una Supervisora Administrativa o Gobernanta. Allí mismo reciben las alumnas alimentación, cuyos servicios supervisados por una dietista, se aprovechan para la enseñanza práctica de nutrición normal. En las primeras semanas del cursillo las alumnas se someten a exámenes de salud y reciben la atención médica y odontológica necesarias.

Cada cursillo reúne hasta 30 alumnas y dura ocho semanas, con intensidad total de 340 horas, distribuidas entre enseñanza teórica y práctica, con el siguiente contenido:

Nociones de biología, anatomía, fisiología del embarazo, parto y puerperio, supervisión prenatal y atención de complicaciones intempestivas, cuidado del niño sano y enfermo, nutrición infantil, hidratación oral, inyectología, vacunaciones y seroterapia, pruebas de sensibilidad a sueros y medicamentos (penicilina), mecanismo de enfermedades transmisibles prevalentes, prácticas de medicina preventiva y de saneamiento ambiental intradomiciliario, técnica de visitas domiciliarias, prácticas de higiene personal y colectiva, educación sexual y planificación familiar, emergencias causadas por heridas, hemorragias, fracturas, luxaciones, mordedura de serpientes venenosas, agresión de animales ponzoñosos, mordedura de perros y control de rabia, envenenamientos, intoxicaciones alcohólicas, quemaduras, ahogamiento por inmersión, convulsiones, etc. Información sobre localización adecuada de letrinas y disposición de basuras y animales domésticos para la protección de fuentes de agua. Prácticas sobre el consumo de agua hervida. Enfermedades de origen hídrico, control de insectos vectores de enfermedades, precauciones en el uso de insecticidas y fumigantes. Información sobre manejo de Boticas Comunales. Administración de drogas formuladas por el médico.

Revisión de aritmética y de contabilidad elementales, economía doméstica y distribución adecuada del presupuesto familiar, teoría y práctica de relaciones humanas. Desarrollo de la comunidad, técnicas para organizarla y dirigirla. Juntas de Acción Comunal. Al término del primer mes de cursillo, las alumnas realizan una práctica rural de campo (inclusive el levantamiento del censo de población y la encues-

ta socio-económica) bajo la supervisión de auxiliares de enfermería; después de estas prácticas regresan al internado, rinden informe escrito sobre sus experiencias y dificultades y proponen sugerencias cuyo análisis sirve de base para reorientar las actividades docentes en el segundo mes. A la terminación del cursillo reciben certificado de asistencia y maletín de primeros auxilios. Como sede de trabajo se les asigna su propia vivienda y la proporción de familias a su cargo es, en promedio de 20 por cada Promotora. Desde un principio el personal de Promotoras ha colaborado en actividades de Salud Pública recibiendo una bonificación mensual para transporte y otros gastos.

Comentarios: Son sorprendentes los cambios que se aprecian en las alumnas durante los dos meses del cursillo, tanto en su apariencia personal y relaciones sociales como en la adquisición y ejercicio de normas de higiene personal y colectiva. La influencia favorable que ejercen sobre su misma familia y la comunidad circundante ha resultado altamente positiva.

Boticas Comunales.—La aplicación oportuna de los medicamentos prescritos al enfermo constituye la culminación del acto médico, sin embargo, con frecuencia resulta difícil y a veces imposible su adquisición por escasa disponibilidad y alto precio de venta de las drogas en el sector campesino.

Con el fin de corregir tan grave deficiencia, por el año de 1965 se establecieron en Colombia las llamadas “Boticas Comunales”, anexas a los organismos urbanos y rurales de salud y en estrecha coordinación con los servicios médicos respectivos.

Para ser despachada por la Botica Comunal, toda fórmula médica debe llevar impreso el sello de la Institución donde se prestó el servicio de consulta.

Al organizarse, cada Botica recibe del Ministerio de Salud Pública un aporte inicial de drogas, leches en polvo, y elementos de curación a precio de costo, con la autorización de gravar el de venta hasta un 10%, para la administración de servicios y para la creación de un Fondo Rotatorio que permita el reabastecimiento oportuno y el aumento creciente de la disponibilidad tanto en cantidad como en variedad.

En la administración de las Boticas intervienen las Juntas de Acción Comunal.

Recursos del INCORA.—Este Instituto de acción rural desarrolla un Proyecto de Asistencia Técnica para un número apreciable de familias campesinas, de las cuales 1,286, con un total de 7,560 beneficiarios, reciben crédito supervisado. El promedio de personas por familia alcanza a 6: jefe de familia, mujer y cuatro hijos dependientes. Dispone de instalaciones administrativas con personal directivo, integrado por un Director del Proyecto, un Sociólogo, Supervisores e Inspectores Rurales, distribuidos en la Zona Programática, en proporción a la extensión de los sectores y a la concentración de las familias campesinas. INCORA dispone de equipos móviles para difusión radial y proyección de películas educativas.

Recursos Técnico-Administrativos del ICSS.— Tiene establecida una Oficina Seccional en el Departamento del Meta, con sede en Villavicencio, cuyas instalaciones locativas y personal técnico administrativo serán puestos a disposición de las necesidades del Programa Coordinado de Salud Rural. Como la Zona Programática no incluye específicamente a Villavicencio sino como Centro Hospitalario de referencia de las cuatro sub-zonas tributarias, se están tomando ya las disposiciones preliminares para crear las Agencias del ICSS en Aca-cias, Guamal, San Martín y Granada y para la inscripción de población urbana y rural de trabajadores asalariados, como apoyo administrativo y técnico al Programa Rural.

Recursos de la Universidad Nacional.—El Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de esta Universidad viene utilizando desde 1966 la Región del Meta, como campo de adiestramiento para que estudiantes del 6o. año de medicina realicen prácticas de asistencia médica preventiva y asistencial.

Encuesta Médico-Social complementaria.— Seleccionada la zona, se procedió a realizar una encuesta médico-social encaminada a determinar sobre una muestra de 398 familias, con 2,460 integrantes, la distribución etaria, la discriminación por sexos, el índice de alfabetización, las condiciones sanitarias de la vivienda y su condición de propia o arrendada.

De esta muestra global se tomó una de 25 familias para explorar las causas más frecuentes de la demanda médica, los dispensadores de esta demanda (profesionales o empíricos) y el costo aproximado de los casos atendidos.

El trabajo fue conducido y efectuado por personal del ICSS, del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Me-

dicina de la Universidad Nacional y por supervisores e inspectores del INCORA.

La encuesta arrojó los siguientes datos: distribución por edades, 0-1 año, 2-3% del total; 1-4 años 14.8%; 5-14 años, 40,5%; 15-44 años más, 42.4%. Esta distribución concuerda con la general del Departamento del Meta y confirma el fenómeno demográfico de una mayor proporción de población dependiente (0-14 años) que de población económicamente activa. En la distribución por sexos de los grupos en edad reproductiva, la relación es de 560 hombres (15 a 44 y más años) por 420 mujeres (15 a 44 años).

El índice de alfabetización alcanza el 73.4% y representa uno de los más altos en la población rural del país.

De las 398 viviendas, 361 son de propiedad de las familias que las habitan; 348 no tienen letrinas y ninguna dispone de agua potable. En cuanto a índices de demanda médica, referida a un lapso de 30 días, la encuesta, efectuada sobre 25 familias escogidas al azar, rindió los siguientes resultados: causas más frecuentes de consulta médica: paludismo, gastro-enteritis y anemia; de hospitalización: paludismo, intoxicación por pesticidad (1 caso), por psicosis (1 caso), traumatismo (2 casos) y un parto; por consulta prenatal, 3 casos; odontológicas, 4; y partos a domicilio 9. Estas contingencias médico-odontológicas fueron atendidas así: 18, por médicos graduados; 4 por odontólogo graduado; 7 por curanderos y espiritistas y 2 por familiares, de los cuales, un parto atendido por el marido. NOTA: en la Región de los Llanos Orientales y en otras áreas rurales del país está muy extendida aun la práctica de "rezar" tanto al ganado vacuno como a los pacientes humanos para ahuyentar los espíritus malignos.

En cuanto a costos, tomando un valor de \$60.00 mensuales, como promedio de la cuota fija mensual por familia, acordada posteriormente por el Programa, de 27 casos informados, 9 sufragaron gastos por debajo del promedio y 18 por encima de él; entre estos hubo casos de \$6.000.00 (1), de \$5.000.00 (1), de \$1.500.00 (1), de \$1.200.00 (1), de \$700.00 (2), de \$650.00 (1), de \$530.00 (1), de \$400.00 (10) y de \$190.00 (1) y otros hasta el límite de \$60.00. Estas cifras destacan el tremendo impacto económico que para algunas familias ha significado la atención médica casi siempre de tipo episódico, con la disminución consecuyente de la capacidad laboral, causada por enfermedades reincidentes y en su mayoría evitables y permiten resaltar,

por ende, el beneficio que aportará el establecimiento del Seguro Social Campesino.

VII.— *Plan de Atención Médica.*—

Analizados los índices de Salud de la población de la Zona y las respuestas a la encuesta médico-social efectuada sobre 398 de las 1.286 familias rurales adscritas a INCORA, se convino en la necesidad y la conveniencia de otorgar a las familias aseguradas al Programa Rural, servicios de atención médica integral. Estos servicios tienen por objeto conceder a la población campesina protegida, prestaciones sanitarias que abarquen simultáneamente las etapas de promoción, defensa y recuperación de la salud, con la intensidad y en la extensión que lo exijan y lo permitan las características propias del medio, tales como patología predominante, índices culturales y socio-económicos de sus habitantes y disponibilidad actual y progresiva de recursos humanos y materiales.

De conformidad con lo anterior, las actividades sanitarias se han clasificado para su ordenamiento operativo en dos grandes grupos así: prevención de enfermedades predominantes, por sistemas de acción no médica, por medio de intensos y extensos planes de saneamiento ambiental, extra e intradomiciliarios, provisión de agua potable, instalación de servicios sanitarios, disposición adecuada de basuras, eliminación de vectores o reservorios de enfermedades de origen animal transmisible al hombre, vacunación de animales domésticos contra enfermedades también transmisibles, almacenamiento y manejo adecuado de insecticidas para defensa de las cosechas, adiestramiento en agricultura mecanizada, etc.

La atención médica integral se divide a su vez en: Medicina Programada y Medicina Episódica.

La medicina programada comprende específicamente los campos de promoción de salud y de medicina preventiva, por medio de permanente y adecuada labor de educación sanitaria, eugenesia, puericultura, supervisión prenatal, nutrición adecuada a la edad o estado fisiológico de los grupos de población, odontología preventiva, vacunación sistemática y sueroterapia específica, examen periódico de salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los procesos morbosos.

Los servicios de medicina programada recibirán inicialmente escasa demanda y aún despertarán resistencia, debido al bajo nivel edu-

cativo de la población atendida; por esto mismo el crecimiento progresivo de la demanda será indicador valioso en los sistemas de evaluación del Programa.

Dentro del desenvolvimiento natural de los procesos patológicos, la acción de la medicina programada aspira a intervenir de preferencia, en los periodos pre-patogenéticos o al menos en las etapas iniciales de la enfermedad, precisamente cuando las posibilidades de recuperación de la salud afectada son mayores y a costo mucho menor.

La Medicina Episódica, en notoria desventaja con la Medicina Programada, debe en cambio hacer frente a las manifestaciones ya declaradas de la enfermedad, cuando el paciente acude en solicitud de servicios médicos, generalmente etapas tardías de evolución y con carácter urgente por cuanto la ignorancia o la desidia, o las dificultades de acceso y/o la incapacidad económica o todas estas causales juntas, no le han permitido buscar oportunamente la debida atención asistencial.

En estas condiciones, la demanda potencial y activa de servicios asistenciales episódicos es casi siempre superior a las posibilidades de otorgarlos y los procesos patológicos avanzan inexorablemente a la cronicidad, a la invalidez y a la muerte prematura, con grave deterioro de la ya mezquina productividad y economía de la población rural.

Cubertura de los Servicios de Atención Médica-Extensión al Núcleo Familiar.—Tanto los postulados y características de la Medicina Integral (particularmente en lo que atañe a la Medicina Programada) como la circunstancia de que en el medio rural, todos los integrantes de la familia —a medida que la edad lo permite— participan en las faenas de producción y/o domésticas-exigen y justifican que los servicios de atención médica integral se extiendan al núcleo familiar dependiente del jefe de familia. Con esta medida se fortifica la unidad familiar y contribuye al éxito de los planes educativos de acción preventiva y de promoción de la salud individual y colectiva.

Niveles de Atención Médica Integral.—Con base en los objetivos enunciados en los numerales anteriores, el Plan de Atención Médica Integral del Programa Coordinado de Salud Rural, se pretende cumplir simultáneamente en tres (3) niveles principales de actividad y dos (2) de referencia, desde la periferia de la Zona geográfica hacia Centros de Atención Médica, progresivamente mejor dotados e instalados y a cargo de personal técnico de mayor calificación profesional, así:

Nivel A.—Concentraciones de población campesina en caseríos y veredas, a cargo de *Promotoras Rurales de Salud*, quienes desarrollarán su actividad concediendo el 75% del tiempo de trabajo a Medicina Programada y el 25% a Medicina Episódica (esta distribución de tiempo obedece a la necesidad de dar preponderancia a la labor educativa de salud —promoción y Medicina Preventiva— y a la conveniencia de limitar al mínimo la delegación de actividades de Medicina Episódica en la Promotora Rural, habida cuenta de su mínima preparación básica inicial).

NOTA: Algunas veredas muy retiradas de los Centros y Puestos de Salud podrían ser atendidas por Ayudantes o Auxiliares de Enfermería, especialmente adiestradas.

Nivel B.—La atención médica a este nivel se otorga en los Centros y Puestos de Salud de la Zona.

Las actividades se distribuyen así: Medicina Programada, 60%; Medicina Episódica, 30%; y, Administración, Supervisión y Capacitación complementaria, 10%. Las labores de Medicina Programada y de Medicina Episódica se ejercerán a este nivel en escala de mayor categoría académica y técnica y estarán a cargo del siguiente personal de tiempo completo y disponibilidad total:

- a) Auxiliares de Enfermería.
- b) Auxiliar de Odontología o estudiante de Odontología de último año de carrera.
- c) Estudiantes de Medicina de último año de carrera, en práctica trimestral del bloque de medicina preventiva.

Si no es posible disponer inicialmente de estudiantes, se acudiría a *internos*, médicos rurales o residentes. Si esta alternativa tampoco es realizable, inicialmente las actividades a Nivel B, tendrán que ser atendidas por el personal médico y para-médico del Nivel C, en forma de visitas previamente programada a los respectivos Centros, Puestos de Salud o Escuelas Rurales de la Zona en donde se concentrarían —previa convocatoria de las respectivas Promotoras— los grupos de asegurados campesinos.

Los grupos alejados de estos sitios de concentración (Nivel B) recurrirían a los servicios de consulta externa de los Centros Hospitalarios Locales, con orden escrita de las respectivas Promotoras Rurales. Nota: Por la experiencia de otros países sería preferible que el

personal de médicos y odontólogos de este Nivel estuviera integrado por mujeres, ya que su mayor actividad está orientada a labores educativas y de asistencia médica en el campo materno-infantil.

La atención médica en el Nivel B, deberá ser el eje del sistema de extensión rural y el moderador de la corriente de demanda de medicina episódica, desde el Nivel A hacia el Nivel C.

Nivel C.—La Atención médica a este nivel se otorgará en los Centros Hospitalarios de la Zona. Las actividades se distribuirán tentativamente, así: Medicina Programada, 30%; Medicina curativa y reparadora, 50%; Administración, Supervisión y Capacitación, 20%, y estarán bajo la responsabilidad de:

- a) Enfermera Supervisora (tiempo completo).
- b) Médico Interno o Residente Rural (tiempo parcial y disponibilidad total).
- c) Odontólogo (profesional graduado o en práctica rural), tiempo parcial.
- d) Médicos funcionarios de salud y/o médicos en ejercicio privado (cirujanos y anestesiastas), con tiempo parcial y disponibilidad total.

NOTA: La disponibilidad de personal profesional en el Nivel C, es mayor que en el Nivel B, debido a las instalaciones hospitalarias situadas en Centros de Población Urbana, donde ya la práctica médica privada y la organización de salud pública venían desde tiempo atrás.

Nivel D.—Estará situado en la capital del Departamento, que es la sede de la Oficina Seccional del ICSS y cuenta con Hospital Regional Universitario y Dispensario de Consulta Externa.

A ambos servicios pueden remitirse los casos de medicina interna, pediátrica y cirugía que no deban ser atendidos en los Hospitales Locales de la Zona.

Nivel E.—Está constituido por la Clínica del ICSS en Bogotá y dispone además de servicios especiales a contrato, tales como unidades para tratamiento de cáncer, atención de quemaduras graves y otros. A estos servicios serán remitidos los pacientes que no deben ser atendidos en el Nivel D.

Nota: La Remisión de pacientes del Nivel C al D y de éste al E, estará sometida a estricta reglamentación, que presupone la celebra-

ción de Juntas médico-quirúrgicas, con personal profesional de los Hospitales remitentes. (Ver esquema correspondiente).

VIII.—*Funciones del Personal Profesional, Sub-Profesional y Auxiliares en los 3 primeros Niveles de Atención Médica (A, B y C) y Contratos de Coordinación Suscritos.*

Nivel A.—La Promotora Rural dedicará a actividades de Medicina Programada el 75% de su tiempo de trabajo, así: vacunación y revacunación, visitas domiciliarias periódicas; visitas a las escuelas rurales correspondientes, motivación a las familias, para que a la mayor brevedad, informen sobre: casos de enfermedades infecto-contagiosas, de auto-intoxicaciones, por descuido en el uso de pesticidas, por ingestión de licores o alimentos adulterados, etc., de enfermedades agudas (especialmente gastro-enteritis y deshidratación en lactantes y pre-escolares), de complicación inesperada o parto prematuro en gestantes sometidos a supervisión periódica y otros. Comprobada la veracidad de los casos informados, la Promotora Rural dará traslado de dicho informe al respectivo Puesto, Centro de Salud u Hospital correspondiente, a fin de que se tomen a la mayor brevedad las medidas preventivas o curativas conducentes.

Censo *Mensual* de embarazos y remisión a consulta prenatal a los Centros o Puestos de Salud u Hospitales de la Zona y posterior supervisión periódica; atención de partos intempestivos y supervisión del puerperio y del recién nacido. Cursos de información teórico-prácticos sobre Puericultura (especialmente en relación con normas alimentarias de lactantes y pre-escolares).

Cooperar con el Grupo de Alfabetización, contribuyendo con material de "lectura sobre temas de salud".

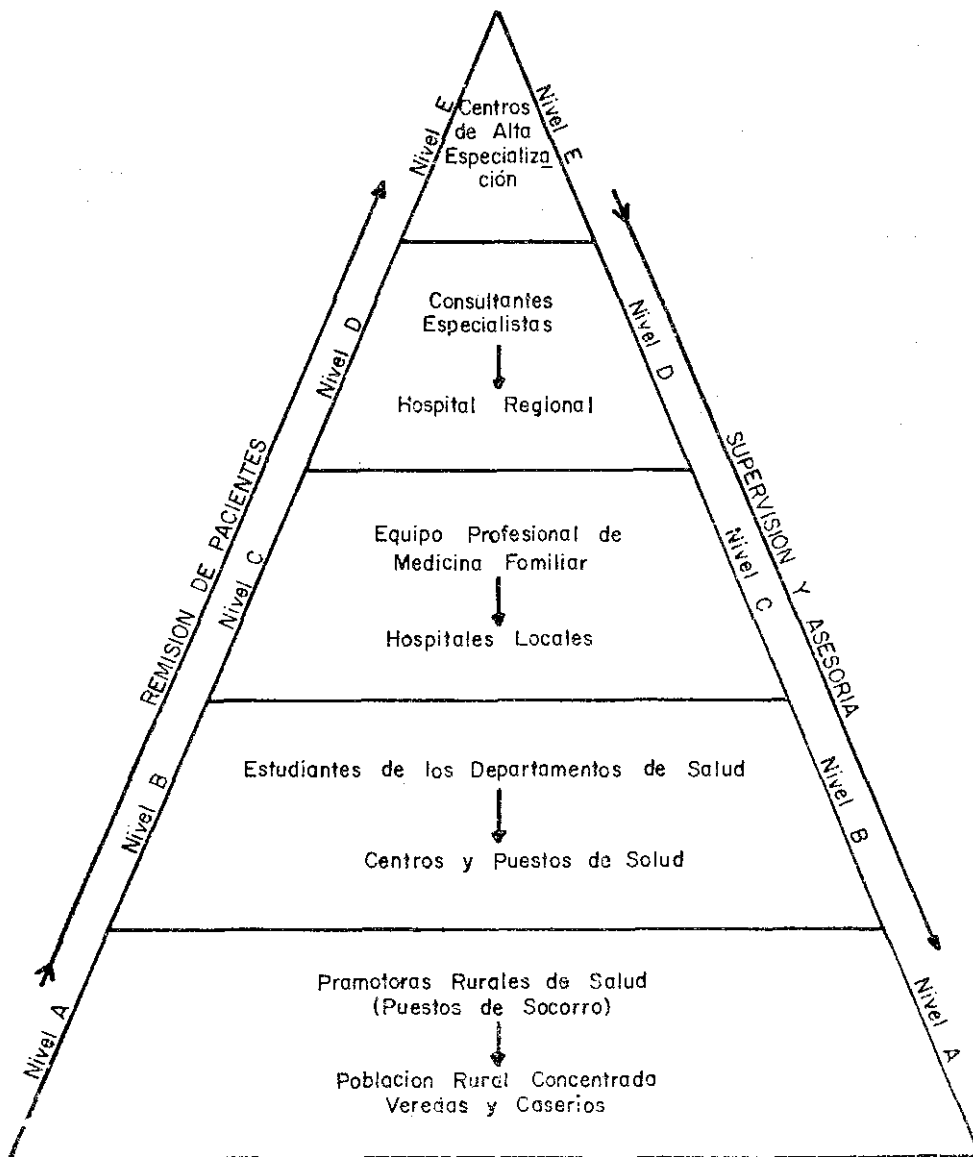
En sus actividades de medicina episódica (25% del tiempo) la Promotora Rural atenderá la prestación inicial de primeros auxilios, se encargará de facilitar la remisión de enfermos o de solicitar la visita del personal médico más próximo y tendrá a su cargo la supervigilancia de los tratamientos prescritos a domicilio a los pacientes de su zona de influencia.

Concurrirá puntualmente a las reuniones periódicas convocadas por su superiores jerárquicos.

Llevará un registro diario de las labores realizadas, el cual someterá a la revisión de sus inmediatos supervisores y con base en dichos

PROGRAMA COORDINADO DE SALUD RURAL
DEPARTAMENTO DEL META

NIVELES DE ATENCION MEDICA



registros rendirá el Informe mensual de actividades. No podrá abandonar su Zona de trabajo, ni delegará sus funciones, sin autorización previa.

Nivel B.— El personal médico, odontológico y de enfermería deberá continuar con énfasis semejante, pero en escala de mayor categoría técnica y científica los programas de Medicina Programada enumerados para el Nivel A y a los cuales dedicará hasta un 60% de tiempo.

En el aspecto de Medicina Episódica (30% de su tiempo), el estudiante de medicina y la auxiliar de enfermería, visitarán, con la frecuencia que cada caso requiera, los pacientes que hayan sido remitidos a la Promotora Rural; atenderán los casos propios y los remitidos al Centro o Puesto de Salud e igualmente tendrán la responsabilidad de decidir —cuando la evolución de los pacientes lo indique— cuáles deben ser remitidos al Centro Hospitalario correspondiente.

Las labores administrativas consisten principalmente en: supervisar el grupo de Promotoras dependientes del respectivo Centro o Puesto de Salud y otorgarles capacitación complementaria y adiestramiento en servicio; convocar periódicamente a las Promotoras Rurales para intercambiar información sobre la marcha del Programa, discutir iniciativas y corregir oportunamente los defectos de interpretación o los inconvenientes de aplicación de las normas dictadas: supervisar el funcionamiento de las Boticas Comunales del respectivo Puesto o Centro de Salud; llevar registro diario de actividades, en las formas estadísticas reglamentarias, y concurrir a las reuniones periódicas que convoque el personal médico del Nivel C, del cual dependa el Puesto o Centro de Salud.

Nivel C.— Los médicos contratados para Consulta Externa atenderán este servicio dentro de horarios escalonados, a fin de ofrecer al personal asegurado campesino la máxima disponibilidad y orientarán la remisión de los pacientes, ya sea a los niveles de atención B o A para la supervisión del tratamiento prescrito o al Centro Hospitalario Regional para interconsulta hospitalaria.

Nota.— Posteriormente, la atención a este Nivel quedará a cargo de equipos profesionales de Medicina Familiar, cuando el número total de asegurados urbanos, rurales, asalariados e independientes lo justifique.

Los odontólogos procederán en forma semejante y la enfermera

supervisora tendrá a su cargo la revisión de actividades cumplidas por las auxiliares y ayudantes de enfermería y por las Promotoras Rurales de Salud, para quienes organizará programas periódicos de capacitación complementaria y adiestramiento en servicio.

Los casos de pacientes hospitalizados serán atendidos por los médicos del Hospital Local, con la colaboración opcional de los médicos de consulta externa. En algunos casos los Médicos de Consulta Externa serán los mismos que atienden el servicio hospitalario, en calidad de Médicos Familiares.

Todos los funcionarios del Nivel C, participarán en las reuniones convocadas por el Médico Jefe del Programa para la revisión de actividades cumplidas o programación adicional.

Nivel D.— La atención de los pacientes enviados al Hospital Regional para tratamiento médico-quirúrgico, quedará bajo la responsabilidad administrativa del Jefe del Departamento Médico de la Oficina Local del Meta (ICSS), quien, además, decidirá en Junta médico-quirúrgica, la remisión de pacientes a las unidades hospitalarias de Bogotá.

Nivel E.— Los pacientes remitidos a este Nivel, quedarán administrativamente a cargo del Coordinador Médico del ICSS. Tanto este funcionario nacional como el Jefe del Departamento Médico de la Oficina Local del Meta en Villavicencio, rendirán informes de los casos atendidos en los Niveles E y D del Programa al Director Nacional del Programa y al Médico Jefe Regional.

Supervisión Técnico-Administrativa de Alto Nivel.— Es condición esencial del Programa, definir su carácter experimental y garantizar la eficacia de la labor de evaluación permanente y terminal. Dicha supervisión se ejercerá jerárquicamente por el Director Nacional del Programa, con la cooperación de la Comisión Nacional de Supervisión de la División Médica del ICSS y por el Médico Jefe Regional.

Dirección Regional del Programa.— Estará a cargo de un Médico Jefe Regional quien ejercerá las funciones máximas de Dirección y de Supervisión administrativa y técnica en los tres niveles de atención médica de la Zona del Programa, directamente por visitas periódicas y también a través del personal médico y para-médico de los Niveles C. y B.

Labores Preparatorias del Director Regional del Programa.— Como actividad preparatoria básica, el Director Regional del Programa de-

berá asumir la de selección del personal de Promotoras Rurales, su distribución en las veredas y concentraciones campesinas, de acuerdo con las distancias y otras características.

El personal administrativo y técnico de la Oficina Local del Meta, tanto a nivel de la sede (Villavicencio) como en las Agencias de Acacias, San Martín y Granada, prestará toda la cooperación requerida por los funcionarios del Programa Coordinado de Salud Rural.

Supervisión Docente.— Siempre que en el Nivel B o en el Nivel C de Atención Médica Integral, participe personal de pre-grado (estudiantes o internos de las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería u otra relacionada con la salud), dicho personal está sometido a supervisión periódica de personal docente (profesores e instructores) de la respectiva Facultad, en estrecha cooperación con los demás funcionarios de supervisión.

Programas de Educación Médica-Enseñanza Continuada.— El personal médico y para-médico vinculado al Programa Coordinado de Salud Rural recibirá la acción formativa de los programas de enseñanza médica continuada, a cargo de las respectivas dependencias del ICSS.

Contratos de Coordinación.— Para confirmar y perfeccionar los convenios verbales acordados, se suscribieron los siguientes contratos entre el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y los tres Socios del Programa, así:

Uno con la Universidad Nacional, cuyo objetivo consiste en coordinar las actividades de investigación y de servicio social del ICSS con las labores docentes e investigativas de la Universidad, mediante la utilización combinada de personal técnico de ambas Instituciones, para el óptimo aprovechamiento de los recursos materiales (Equipos e instalaciones). En una de sus cláusulas se establece específicamente la inclusión de los planes investigativos del “Diseño y Análisis de Mecanismos para la Extensión de la Seguridad Social al Medio Rural”, con la participación de personal docente y discente de los Departamentos de Salud y de otras dependencias académicas conexas.

Otro Contrato con el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria para “desarrollar, bajo la responsabilidad operativa del ICSS y mediante la cooperación del INCORA, un Proyecto Experimental de Servicios de Atención Médica Integral en beneficio de las familias campesinas, vinculadas a esta institución en el Departamento del Meta, con jurisdicción en los municipios de Acacias, Guamal, San Martín

y Granada. Este Contrato establece la obligación por parte del INCORA de recaudar las cuotas de cada asegurado y la concesión automática de un "Crédito para Salud" por las cuotas restantes. Además, tanto el ICSS como el INCORA se comprometen a contribuir con un aporte global de \$600.000.00 cada uno, para el sostenimiento del Programa durante su primer año de funcionamiento.

Igualmente en este Contrato se dispone que, para la dirección, desarrollo y cumplimiento del Programa, se crea un Comité Directivo Nacional, integrado por representantes principales y suplentes de cada una de las cuatro Instituciones participantes y se autoriza al Comité para elegir, de su seno, un Presidente y un Secretario Ejecutivo; éste será, a su vez, el Director Nacional del Programa.

Otro Contrato con el Ministerio de Salud Pública y la Gobernación del Departamento del Meta para establecer y garantizar el cumplimiento de las Normas de Coordinación para el Desarrollo del Programa Coordinado de Salud Rural en este Departamento, contrato por el cual se definen las obligaciones y compromisos propios de cada entidad contratante.

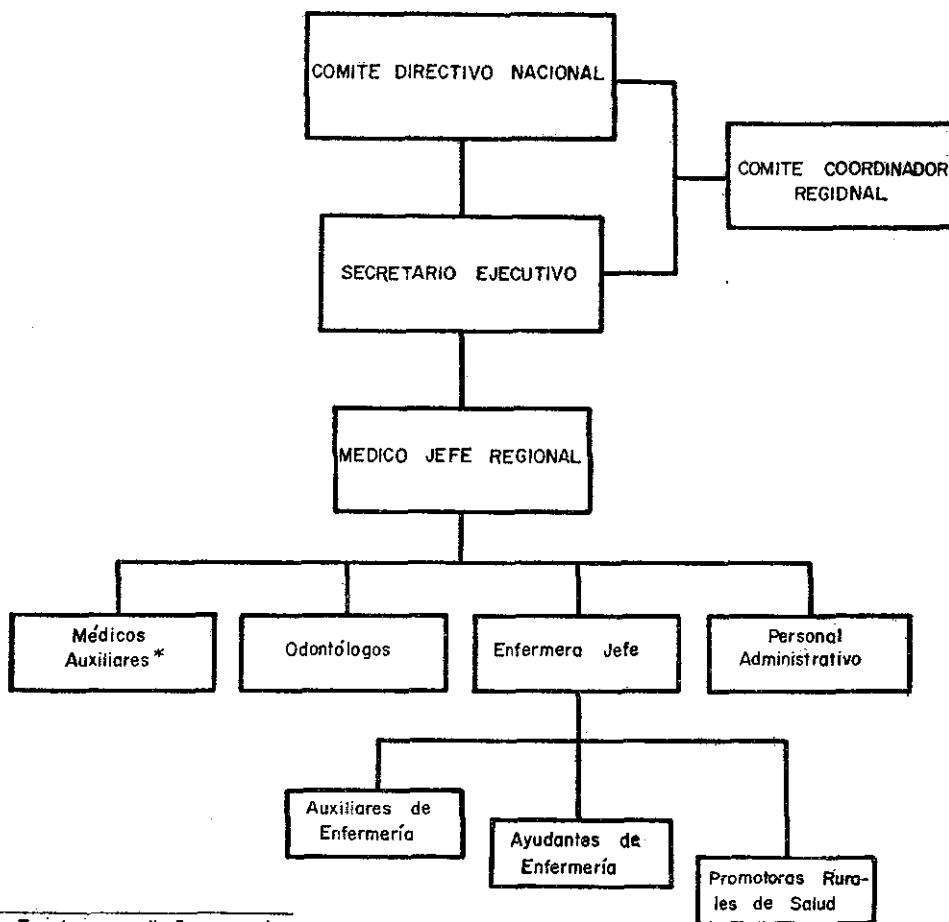
En una de sus cláusulas se dispone la creación de un "Comité Coordinado Regional", con sede en la capital del Departamento, integrado por el Gerente de la Oficina Seccional del ICSS, el Jefe Seccional de Salud, el Director del Proyecto Meta No. 1 del INCORA y el Médico Jefe Regional del Programa. A cargo de este Comité quedarían el desarrollo del Programa y el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Finalmente, entre el Secretario Ejecutivo del Comité Directivo Nacional y el Jefe Seccional de Salud del Meta se celebraron sendos contratos con los cuatro Hospitales Locales de la Zona para la prestación de servicios hospitalarios médicos, quirúrgicos y obstétricos a los asegurados del Programa. En este contrato se estipula la reserva de camas fijas en cuartos separados y distinguidos con el título del Programa, por solicitud expresa de los campesinos. (La Contratación de camas fijas, que generalmente no registran un índice de ocupación total, ha venido representando una contribución indirecta al sostenimiento de los servicios hospitalarios de la zona para la comunidad rural no incorporada al Programa, con significativo aumento de costos).

Nota.— El Organigrama Estructural y de Funcionamiento de la página siguiente expresa y resume el contenido de este capítulo.

PROGRAMA COORDINADO DE SALUD RURAL
(ICSS-INCORA-MINISTERIO SALUD PUBLICA-UNIVERSIDAD NACIONAL)

ORGANIZACION ESTRUCTURAL Y DE FUNCIONAMIENTO



* En el nuevo diseño operativo serán médicos familiares.

IX.— *Nombramiento de Personal Directivo y Provisión de Recursos Materiales Complementarios.*

En desarrollo del Organigrama Estructural y Funcional, se procedió a realizar las siguientes etapas preliminares:

- a) Instalación del Comité Directivo Nacional y designación Presidente y Secretario Ejecutivo.
- b) Nombramiento del Médico Jefe Regional. Para este cargo fue escogido el Coordinador del Servicio Materno Infantil y de Bienestar Familiar del Ministerio de Salud en el Departamento del Meta, quien había inaugurado dicho servicio y organizado y dirigido los dos primeros cursillos de capacitación de Promotoras Rurales. Dicho funcionario asumió inicialmente la responsabilidad de ambos cargos, pero, después de realizados los trabajos preparatorios y de haberse cumplido los primeros seis meses de funcionamiento del Programa de Salud Rural, se convino en que dedicara todo su tiempo a la dirección, supervisión y evaluación de este último. En un principio se había planeado la creación del cargo de Coordinador Médico para la Sub-Zona de Granada que comprende los municipios anexos de: Puente de Oro, Puerto Lleras, San Juan de Arama y Vista Hermosa y al efecto se obtuvo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) una beca para el "Curso sobre Servicios de Salud Rural en las Zonas Rurales", que se llevó a cabo en Israel a partir del 8 de marzo de 1970. Esta beca se adjudicó a un candidato, quien a su regreso del curso hubo de ser descartado para ejercer el cargo previsto. De todas maneras, el Director Nacional del Programa dejó expresa constancia de reconocimiento al señor Beryl Frank, Jefe de la Unidad de Seguridad Social de la O.E.A., por su eficaz colaboración.
- c) Provisión de recursos adicionales.— El Fondo Nacional Hospitalario, con la cooperación técnica del Personal de arquitectura sanitaria del Servicio Seccional de Salud, llevó totalmente a cabo las construcciones adicionales y adaptaciones de los cuatro hospitales locales de la Zona y la provisión de una ambulancia rural para cada uno de ellos.

X.— *Labores de Promoción. Boletines Informativos.*—

Mientras se adelantaban tareas preliminares de organización se llevaron a cabo las campañas informativas para promover la inscripción

de las familias campesinas asegurables. Estas campañas se realizaron progresivamente en cada uno de los diez municipios incorporados al Programa, con la participación de funcionarios regionales y nacionales del ICSS, del INCORA, del Servicio Seccional de Salud y de la Universidad Nacional y con representantes de las Organizaciones Locales de Usuarios Campesinos y de la Acción Comunal. De acuerdo con las facilidades locativas, las reuniones se verificaban indistintamente en las dependencias del INCORA, en los Centros o Puestos de Salud o en el Salón de Sesiones de los Consejos Municipales respectivos.

En la primera reunión se discutió lo relativo a la fijación de las cotizaciones, a cargo de las familias aseguradas; se propuso una cuota mínima de \$600.00 anuales por cada familia hasta con cinco hijos dependientes y una máxima de \$1.200.00 para familias de más de cinco. Como antes se explicó, por acuerdo con los representantes del campesinado, la cuota mínima quedó en la cantidad propuesta, pero la máxima se rebajó a \$840.00 anuales.

Igualmente se discutió y aprobó el tipo de documento de identificación de los asegurados, que consiste en un carnet familiar, con el nombre y la Cédula de Ciudadanía del Jefe de Familia y los nombres de la mujer y los hijos dependientes. Igualmente se distribuyó una cartilla informativa acerca de los servicios de atención médica y odontológica que otorgaría el Programa.

XI.— *Inauguración del Programa, Instauración de Servicios.*—

Transcurrido el lapso de actividades preparatorias, el señor Presidente de la República, acompañado del señor Ministro de Salud Pública, del señor Director General del ICSS y del señor Gerente del INCORA inauguró el Programa en octubre de 1970 y en la primera semana del subsiguiente mes se inició la prestación de los servicios médicos.

El número inicial de familias aseguradas fue de 122, con 828 derechohabientes, distribuidos geográficamente así: aproximadamente la mitad para las Sub-Zonas de Acacias, Guamal y San Martín y el resto para la Sub-Zona de Granada.

En los meses subsiguientes y hasta abril 30 de 1971, el total de familias aseguradas alcanzó a 22 con 1.554 derechohabientes, y una distribución geográfica similar a la del primer grupo. Del total de Carnets inscritos 149 corresponden a la cuota mínima anual y 73 a la cuota máxima.

XII.— *Resumen y Evaluación Preliminar de Actividades.*—

Nivel A.—El registro de las actividades efectuadas por las Promotoras Rurales sólo cubre los tres últimos meses del primer semestre, porque las de los tres primeros quedaron involucradas en las estadísticas de los Servicios de Extensión Materno Infantil. Las actividades cumplidas en febrero, abril y mayo se registraron en la forma siguiente: 3.214 acciones de salud, discriminadas así: 710 sesiones de educación sanitaria para niños, mujeres embarazadas y adultos, 1.376 intervenciones de primeros auxilios, curaciones e inyecciones aplicadas, 745 prácticas sobre saneamiento ambiental de la vivienda, 221 casos de remisión de niños y adultos enfermos, de mujeres embarazadas para supervisión prenatal y de partos para ser atendidos en los Centros Hospitalarios Locales; 7 partos intempestivos atendidos a domicilio en la Zona Rural y 162 vacunaciones (D.P.T. y antivariolosa). En labores de supervisión se realizaron 6 reuniones de Promotoras (una mensual en cada Sub-Zona) para revisar, discutir y calificar los informes rendidos. Estas reuniones estuvieron todas presididas por el Médico Jefe Regional del Programa y los funcionarios de cada Organismo de Salud Rural. La atención otorgada por las Promotoras Rurales fue ampliamente satisfactoria.

Nivel B.—El plan de atención médica planeado para este Nivel no pudo realizarse debido a dificultades de orden académico.

Nota.—Sólo con una reforma radical de los planes docentes de las Facultades de Medicina colombiana que permitiera dividir en 2 etapas el período de 8 años que actualmente se requiere para graduar un Médico Cirujano General y concederle la autorización legal de ejercer la profesión, se lograría la disponibilidad de profesionales adecuadamente preparados para satisfacer las necesidades de salud, inicialmente a nivel de Centros y Puestos de Salud y luego como Médicos Residentes del Hospital Local respectivo.

En una primera etapa de 4 años de estudios universitarios se capacitaría al Médico Rural quien prestaría servicios profesionales, en los niveles de atención médica antes mencionados, por un lapso de 4 años durante los cuales recibiría la acción formativa de modernos sistemas de educación médica continuada y regresaría a la respectiva Facultad para reanudar y completar sus estudios académicos, ya orientados con base en la experiencia adquirida hacia la medicina y cirugía generales o hacia la especialidad, el profesorado o la investigación.

Nivel C.—Las actividades de salud de este nivel, cumplidas durante el primer semestre, quedaron resumidas así:

- a) Consultas de medicina general. 1.696 sobre un total de 1.554 derechohabientes, lo que arroja un promedio de 1.1 consultas por personas. Para consultas de especialistas fueron remitidos 14 casos a los Hospitales de ferencia:
- b) Hospitalizaciones.— Total 66, clasificadas así: Medicina Interna 34, de los cuales 8 de éstas por paludismo (5 adultos y 3 niños menores de 4 años); Gineco-Obstetricia: 14 (entre ellos, 3 legrados uterinos por aborto) y Cirugía 18. De los 34 casos de medicina interna hospitalizados, uno fue atendido en la Clínica propia del ICSS en Bogotá y de los 18 casos quirúrgicos, 7 fueron remitidos al Hospital Regional de Villavicencio. El porcentaje de hospitalizados sobre consultantes alcanzó a 4% y el número total de estancias a 196, con promedio de 3 por caso.

Actividades Odontológicas.— La mayoría de éstas se practicó a Nivel C, en los Hospitales Locales de la Zona y quedaron registradas así: extracciones, 520; otros trabajos 383; total 903. La relación entre el total de actividades médicas (1765 casos) y el total de actos operatorios odontológicos (903) fue aproximadamente de 2x1. Esta escasa demanda de servicios Odontológicos, en contraste con la del Servicio Médico-Quirúrgico y también el exceso de exodoncias sobre trabajos preventivos y atención precoz de afecciones dentales, indican bajo índice educativo de la población en los relativo a higiene oral y aconseja la instalación y el servicio de unidades móviles que se desplacen de los Centros Urbanos a las Concentraciones Rurales de la Zona para el cumplimiento de campañas masivas de odontología programada.

Ambulancia Rurales.— Este servicio se empezó por primera vez a prestar en la Zona, con la iniciación de actividades del Programa Rural. Durante el primer semestre, las cuatro unidades asignadas (cada una con sede en el respectivo Hospital Local) efectuaron en total 329 viajes, distribuidos entre traslados de pacientes asegurados (rurales del Programa y urbanos del ICSS), pacientes no asegurados, (que de acuerdo con su capacidad económica pagaron sus servicios o fueron transportados gratuitamente) y personal médico y paramédico en visitas profesionales periféricas a los Centros y Puestos de Salud correspondientes. El número de viajes diarios efectuados por cada ambulancia solamente representó 1/2 de su capacidad de servicio.

Prescripciones Médicas.— El despacho de este servicio se realizó por Droguerías Comerciales y por las Boticas Comunales ya establecidas o que el Programa contribuyó a establecer en la Zona. El registro de fórmulas despachadas fue dos veces mayor para éstas que para las comerciales y el costo promedio por medicamento ha sido de . . . \$6.00 mensuales por derechohabiente.

XIII.— *Análisis de Costos.*—

La financiación de los gastos de sostenimiento del Programa se calculó sobre el aporte de dos cuotas iguales de \$600,000.00 cada una, apropiadas por el INCORA y el ICSS y una tercera cuota laboral del valor igual, proveniente del aporte de 1,000 familias asegurables. Es decir que el presupuesto anual alcanzaría a \$1,800.000.00 y el costo por familia sería en promedio de \$1,800.00 por año, o sean \$900.00 por semestre.

Para garantizar óptimas condiciones de atención médica se dispuso que, inicialmente, se contrataría recursos humanos y materiales de personal profesional y facilidades hospitalarias, en proporción a una demanda normal de servicios para 500 familias inscritas.

Sin embargo, la inscripción durante el primer semestre solamente cubrió un contingente de 222 familias lo que produjo subutilización de los recursos, equivalente a la mitad de la disponibilidad contratada, con el consiguiente sobre costo relativo en la prestación de los servicios.

Cabe anotar que la experiencia del ICSS ha demostrado situaciones similares cuando, por razones de carácter social, se ha visto en la necesidad de incorporar grupos de trabajadores asalariados de pequeñas industrias, con bajo contingente de inscritos o en número adecuado pero con salarios mínimos.

Tal el caso de la Agencias del ICSS creadas en la Zona, en los meses inmediatamente anteriores al establecimiento del Programa Rural, para apoyo administrativo de éste, pero que debido al bajo contingente de trabajadores asalariados, ha sufrido también el déficit consiguiente. Sin embargo, en este caso, el sobre costo de los servicios es absorbido por la Oficina Seccional con fondos de solidaridad, provenientes del aporte estatal al Instituto. A este sistema de financiamiento complementario se hará referencia más adelante.

Tal vez sean factores determinantes del bajo índice de asegurados rurales, el carácter *voluntario* de la inscripción, el pago anticipado

de los servicios, el sistema provisional de cuotas fijas para grupos económicamente diferentes, el bajo nivel educativo y la natural actitud de reserva y desconfianza del campesino, frente a casi todo ensayo de bienestar colectivo basado en la solidaridad de esfuerzos.

Se espera que, como resultado de activas campañas de promoción, en el segundo semestre la inscripción se incremente hasta el tope esperado y que la adecuada utilización de los recursos contratados se equilibre con la demanda y la prestación óptima de los servicios ofrecidos.

Así, la experiencia adquirida durante el primer semestre de funcionamiento, se ampliará durante el segundo y permitirá comprobar si el Programa Coordinado de Salud Rural, como diseño experimental hacia un sector marginado de población que hasta entonces no había disfrutado de los beneficios del Seguro Social, ha rendido enseñanzas aprovechables para futuros planes de extensión a otras regiones del país y puede —al término previsto de su funcionamiento— ser satisfactoriamente utilizado como sistema operativo de empalme, para poner en marcha y dar cumplimiento a las recientes disposiciones legales contenidas en el Decreto Ley 433, como a continuación se expone.

XIV.—*Perspectivas y Proyecciones del Seguro Social Campesino en Colombia. Nuevas Facultades Legales.*

En marzo de 1971, cuando ya el Programa Coordinado de Salud Rural terminaba su 5º mes de funcionamiento experimental, el Gobierno Nacional promulgó el Decreto Ley 433, por el cual se amplía el ámbito de aplicación de la Ley 90, Orgánica del ICSS y en cuyo Artículo 2º se concede a este Instituto, entre otras facultades legales, la de incorporar a su régimen de prestaciones a la población rural de trabajadores *independientes*. Es decir, que la extensión del Seguro Social al Sector Campesino ha dejado de ser extra-legal, que la inscripción de las familias asegurables adquiere el carácter de obligatoria y que los nuevos Programas operativos han cesado en su carácter experimental, para convertirse en actividades reglamentarias de crecimiento horizontal y vertical, sin distinción entre Seguro Rural y Urbano.

Confirmado una vez más el hecho de que la gran dificultad operativa con que tropieza la administración financiera del Seguro Social, extendido al Sector Rural de trabajadores independientes, estriba precisamente en la recaudación exacta y oportuna de las cuotas laborales, resulta necesario obtener y exigir —como requisito previo para la ex-

tensión a dicho sector— que esta función recaudadora sea asumida por la entidad gremial campesina que represente a los grupos asegurables, en calidad de Empresa Patronal ad-hoc.

Dicha entidad gremial —que bien puede ser la Federación de Cafeteros, de Ganaderos, de Algodoneros, de Arroceros u otra similar— garantizará directamente o a través de sus Comités Regionales, las obligaciones que contraiga, por medio de contratos suscritos con el ICSS, para la prestación de servicios médicos preventivos-asistenciales al Jefe de familia y sus familias dependientes y la de un Seguro de Vida para aquel solamente. Igualmente se responsabilizará de efectuar, por cuenta propia, las labores preliminares de inscripción y de calificar la capacidad económica de las familias, según los ingresos directos e indirectos de cada una.

La iniciación de todo plan de extensión a trabajadores campesinos independientes debe estar precedida por la incorporación al Seguro Social de la población de trabajadores asalariados (urbanos y rurales), con su núcleo familiar y contar previamente con la respectiva organización técnica y administrativa, en la correspondiente Caja u Oficina Seccional.

Además, si el estudio preliminar de las condiciones sanitarias de la Zona Operativa Rural demostrara elevadas tasas de prevalencia y/o de incidencia de endemias evitables, el ICSS procederá a adelantar campañas de prevención conducentes, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

Medicina Familiar.—Es de esperarse que la inscripción preliminar de trabajadores asalariados (Urbanos y Rurales con su núcleo familiar), sumada al contingente de trabajadores independientes (también urbanos y rurales con sus familiares), complete un número suficiente de familias aseguradas que permitan instaurar el sistema de Medicina Familiar. Este sistema de trabajo en equipo está integrado por un Médico Cirujano General, un Odontólogo con experiencia adicional de odontología preventiva, una Enfermera General con adiestramiento complementario en maternidad y pediatría y un auxiliar de trabajo social, como elemento de enlace entre el equipo profesional y la comunidad de familias aseguradas.

El equipo de medicina familiar debe asumir la responsabilidad solidaria de atender oportunamente y eficazmente la demanda por contingencias de enfermedad común, maternidad y accidentes, que afec-

ten a la familia del asegurado. Será también, tarea primordial del equipo profesional disponer y practicar las medidas tendientes a evitar la enfermedad, defender la salud y restaurar la capacidad laboral del grupo de familias adscritas, por medio de activas campañas de promoción de salud, educación sanitaria y medicina preventiva.

Cada equipo de medicina familiar trabaja de tiempo completo y dispone del concurso de los especialistas necesarios y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, los cuales estarán de preferencia localizados a nivel del Hospital Regional de referencia más próximo (Nivel D), para ofrecer el adecuado servicio de interconsulta y la atención médico-quirúrgica de los casos remitidos a dicho nivel.

Sectorizado entonces el total de familias urbanas y rurales aseguradas, tributarias del Hospital Local, la evaluación de los servicios preventivo-asistenciales otorgados a cada grupo familiar ofrece un sistema indirecto de calificar la idoneidad profesional de cada equipo, por cuanto las características demográficas, sociales y económicas, y los índices de morbilidad de los grupos resultan estadísticamente comparables. En efecto, al cabo de cierto tiempo de funcionamiento del sistema el balance comparativo de interconsultas solicitadas por el médico familiar a los especialistas, se convierte en un indicador inversamente proporcional a su eficiencia profesional, lo mismo que un gran total de actos médicos puede no significar exactamente un estado positivo de salud del grupo de familias a su cargo.

Igualmente, el sistema mismo es un estímulo natural para que el equipo de medicina familiar desarrolle y cumpla una intensa labor de medicina preventiva, cuyos efectos se traducirán en menor incidencia de atención episódica, mayor capacidad laboral y productividad, con gratificación para el profesional y economía para el Seguro.

Financiación: Por tratarse de trabajadores independientes la financiación del Seguro del Sector Campesino tendrá como base las cotizaciones bipartitas de los trabajadores y del Estado (la de éste por intermedio del ICSS). Tentativamente la relación de la cotización estatal con la de los trabajadores será de 2 a 1.

Nota.—En desarrollo de lo dispuesto en el Artículo 31, Capítulo IV del Decreto Ley 433, antes citado, la cotización estatal se tomará del aporte anual incluido en el presupuesto de rentas y gastos de la nación, en proporción al costo total de las prestaciones y servicios que el Seguro otorgue en beneficio de los Sectores de la población y las

zonas económicamente más débiles, cual es el caso del sector laboral independiente campesino.

De acuerdo con la evaluación preliminar de costos del Programa la cuota laboral familiar para el sector campesino independiente podría fijarse —como promedio— en \$900.00 anuales (\$75.00 mensuales) para cubrir los riesgos médicos amparados y el Seguro de Muerte, a favor del Jefe de familia. Alrededor de estos promedios oscilarían las cotizaciones de cada familia, en cuantía proporcional a su calificación económica.

Las Instituciones oficiales o semificiales de acción rural (INCORA, Caja Agraria y otras) aportarán subvenciones económicas y/o “Créditos por Salud” destinados a reforzar los presupuestos de las entidades gremiales que se hayan comprometido por el ICSS en los planes de extensión rural y a facilitar el pago de la cuota laboral a las familias económicamente más débiles.

En el caso particular de la Zona programática del Meta, expirado el término del proceso experimental, sería muy conveniente que el INCORA mismo continuara asumiendo la función de Empresa Patronal ad-hoc con las modalidades operativas antes mencionadas, sin la obligación contractual de contribuir económicamente al sostenimiento del sistema, pero con la facultad de otorgar préstamos automáticos para salud.

Nota.— Aceptado el requisito de que sea a través de las entidades gremiales, en su calidad de Empresas Patronales, ad-hoc, como se proceda a extender el Seguro Social a los trabajadores campesinos independientes y teniendo en cuenta que éstos —por disposición legal— gozan de libertad de asociación, es necesario ofrecer estímulos e incentivos para incrementar y fortalecer la vinculación gremial permanente y establecer normas restrictivas de admisión para prevenir la desafiliación de los asegurados. Una de estas restricciones operaría cuando el asegurado se desafilie, sin causa justa y antes de haber cumplido el tiempo y la densidad reglamentaria del Seguro de Muerte; en tal caso perdería las cuotas pagadas por este concepto.

La eficacia de estos mecanismos deberá reflejarse en el hecho favorable de que el trabajador independiente, una vez incorporado al Seguro Social —adquiera el carácter de asegurado vitalicio, que distingue al trabajador asalariado— y que constituye garantía de estabilidad del sistema.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.—El Programa Coordinado de Salud Rural, cuyas etapas de funcionamiento se registran a lo largo de esta ponencia, ha sido definido como un diseño experimental de extensión de la Seguridad Social al Sector Campesino, sobre una muestra seleccionada de población de trabajadores independientes y sus familias, en un área programática del Departamento del Meta, en Colombia.

2.— La planeación y el desarrollo del Programa han tomado apoyo y justificación en el contexto de múltiples y unánimes recomendaciones y resoluciones de las Organizaciones Internacionales de Seguridad Social, de Trabajo y de Salud Pública en Conferencias, Congresos y Seminarios efectuados desde 1928 hasta 1970.

3.—El Programa reconoce, como antecedentes inmediatos, los ensayos de extensión, en reducida escala, de la cobertura de algunos riesgos a grupos de *asalariados* rurales de las zonas cafeteras y bananeras del país y a trabajadores de extracción rural, incorporados a la Industria Metalúrgica. Empero, el antecedente inmediato surgió de la iniciativa del Jefe de la División de Desarrollo Social del Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA), encaminada a obtener la cooperación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para llevar el beneficio de la Seguridad Social a los trabajadores campesinos *independientes*, adscritos con crédito supervisado al INCORA. El ICSS acogió sin reserva la iniciativa y entre ambas Instituciones acordaron comprometer la cooperación del Ministerio de Salud y de la Universidad Nacional en un esquema tentativo de coordinación de Servicios Rurales de Salud.

4.— Al efecto, se elaboró un anteproyecto provisional sobre los siguientes propósitos: asunción del riesgo de enfermedad, maternidad y accidentes, sin prestaciones económicas, con vigencia de un año de funcionamiento; inscripción voluntaria, cotización laboral, por cuota fija, en cuantía directamente proporcional al número de hijos dependientes y equivalente al 7.2% del salario familiar, calculado sobre ingresos en dinero y en especie. El ICSS aportaría una cuota fija igual y lo mismo el INCORA. Este, además, se encargaría de la recaudación y consignación de las cuotas laborales.

5.—Aprobado el anteproyecto, se perfeccionaron los contratos de coordinación entre el ICSS y cada uno de los tres socios restantes y se iniciaron las labores preliminares consistentes en seleccionar la

Zona Programática, verificar inventarios de Recursos Humanos y materiales, efectuar una encuesta médico social complementaria, y, con base en los resultados obtenidos, elaborar el plan de atención médica que comprendería tres niveles, desde la periferia (lugares de vivienda campesina) (Nivel A) hasta los centros hospitalarios, (Nivel C), cubriendo los Centros y Puestos de Salud intermedios (Nivel B). Para el Nivel A se designó personal auxiliar de PROMOTORAS RURALES DE SALUD. Se describen, pormenorizadamente, los procesos de preselección, capacitación, responsabilidades delegadas y funciones específicas de este personal y se destaca su incorporación dentro del plan de atención médica, para cumplir primordialmente actividades preventivas, como determinación relativamente original y novedosa.

Se explican el objetivo social y la organización de las Boticas Comunales.

6.— Se mencionan las campañas de promoción e inscripción de las familias campesinas al Programa; la integración del Comité Nacional Directivo, del Comité Regional Coordinador y los criterios de selección, aprobados para designar el médico Jefe Regional y para contratar el personal médico, paramédico y auxiliar, basados en el propósito de utilizar de preferencia personal de salud de los Servicios de Salud Pública Regionales y Locales.

7.— Se informa sobre las fechas de inauguración del Programa y de la iniciación de los servicios médicos preventivo-asistenciales. Se resumen las actividades cumplidas durante el Primer Semestre de funcionamiento y se procede a una evaluación preliminar de los resultados con registro numérico específico de las actividades cumplidas en los tres niveles de atención médica, antes mencionados.

Se hace una análisis tentativo de costos, del cual se deduce que la baja inscripción inicial de asegurados, al término del primer semestre, (222 sobre 500 esperados) ha ocasionado sub-utilización de las disponibilidades contratadas, con el consiguiente sobrecosto de los servicios y se señalan los probables factores determinantes del bajo índice inicial de inscripciones.

8.— Finalmente, se presenta las perspectivas y proyecciones del Seguro Social Campesino en Colombia, en desarrollo y cumplimiento de las disposiciones legales que otorgan al ICSS, entre otras facultades, la de incorporar al régimen de prestaciones, la población rural de trabajadores independientes.

Se propone, como requisito indispensable para todo plan de extensión al Sector Rural, que una entidad gremial campesina se responsabilice ante el ICSS de las obligaciones contractuales exigidas.

Se advierte también que la incorporación de trabajadores rurales independientes al Seguro Social debe estar necesariamente precedida de la inscripción de la respectiva población asalariada (urbana y rural) con su núcleo familiar dependiente. Además, si las condiciones sanitarias de la zona operativa lo requiere, el ICSS procederá a adelantar campañas de prevención coordinadas técnicas y administrativamente con el Ministerio de Salud.

Se establecen finalmente las bases de financiación y se sugieren medidas estimulantes y también restrictivas para que la afiliación de los trabajadores independientes adquiera carácter permanente y se prevenga el retiro injustificado de las familias aseguradas. Una de estas medidas restrictivas consiste en que el Seguro de Vida para el Jefe de familia sea obligatorio, con especificaciones reglamentarias estrictas.

Definición de algunos términos y denominaciones

"Departamento".— División político-administrativa del país, compuesto por un grupo de municipios. Lo dirige un Gobernador, nombrado por el Presidente de la nación.

"Municipio".— Fracción del territorio departamental, compuesto generalmente por una cabecera o centro poblado, en donde residen las principales autoridades, y una zona rural, lo dirigen un Alcalde nombrado por el Gobernador y un Consejo municipal (cabildo) elegido por votación popular.

"Zona Urbana".— Agrupación de viviendas con más de 1,500 habitantes.

"Caja Seccional".— Son entidades de derecho social, con personería jurídica, patrimonio propio e independiente, sujetas a la dirección, vigilancia y control del Instituto, en el orden administrativo técnico, científico, financiero y contable.

"Oficinas Seccionales".— Son dependencias del Instituto, cuya finalidad primordial es la aplicación, en el territorio de su jurisdicción, de las normas legales, estatutarias y reglamentarias del Instituto. Cumplirán las funciones que les deleguen el Consejo Directivo y el Director General.

"Agencias".— Sucursal dependiente, de la respectiva Caja u Oficina Seccional.