

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVII

EPOCA V

Núms. 109-110

TOMO II  
ENERO-ABRIL  
1978  
MEXICO, D.F.

CIÓN BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION 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

	<i>Pág.</i>
DOCUMENTOS . . . . .	7
INFORMATICA Y SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	9
EL USO DE LA TECNOLOGIA AVANZADA EN LA ADMINISTRACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	
Aportación del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América. Administración de la Seguridad Social . .	9
INFORMATICA Y SEGURIDAD SOCIAL	
Aportación de la Secretaría General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y del Instituto Nacional de Previsión de España . .	25
LA INFORMATICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. ORIENTACIONES, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS	
Aportación de la Asociación Internacional de la Seguridad Social . . .	61
PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AREAS RURALES	
Documento preparado por la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social . . . . .	83
ANEXO 1	
PRINCIPALES RESOLUCIONES DE LA CONFERENCIA INTERAME- RICANA DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EXTENSION DE LAS PRESTACIONES AL AMBITO RURAL, 1942-1974 . . . . .	123
ANEXO 2	
CARACTERISTICAS SOCIALES, ECONOMICAS Y SANITARIAS DE LAS AREAS RURALES . . . . .	139
ANEXO 3	
PAISES AMERICANOS. BASES LEGISLATIVAS NACIONALES QUE PROPICIAN LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL, PARTICU- LARMENTE EN EL MEDIO RURAL . . . . .	167
LA SEGURIDAD SOCIAL EN AREAS RURALES DE AMERICA LATINA	
Documento preparado por el Departamento de Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo . . . . .	183
LA EXTENSION DE SERVICIOS DE SALUD AL MEDIO RURAL	
Aportación de la Organización Panamericana de la Salud . . . . .	205
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL .	231
REUNION DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CENTRO INTERAMERI- CANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	234
CELEBRACION DEL XV ANIVERSARIO DEL CENTRO INTERAME- RICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	235

**PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL  
EN LAS AREAS RURALES**

DOCUMENTO PREPARADO POR LA SECRETARIA GENERAL  
DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
DE SEGURIDAD SOCIAL

**Presentado por:**

**Dr. Gastón Novelo**  
**Secretario General**

**Dr. Rafael Sánchez Zamora**  
**Jefe de los Servicios Técnicos**

# **PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AREAS RURALES**

## **1. Introducción**

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, desde su constitución en 1942, para significar su acción destinada a promover el desarrollo de la seguridad social en el Continente, ha dedicado especial atención al intercambio de información y experiencias sobre reformas legislativas y su aplicación en la administración, financiamiento y extensión de la seguridad social a mayores sectores de población, urbana y rural. Esta preocupación se manifiesta en 15 de las 81 Resoluciones emanadas de las Conferencias realizadas hasta 1974, que recomiendan la extensión de la seguridad social a la población rural. (Anexo 1.)

Recientemente, en septiembre de 1975 en la ciudad de Acapulco, el Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social señaló que era prioritario establecer ordenamientos en materia de reforma agraria y de políticas agropecuarias, crediticias, educativas y de salud, así como de legislación laboral, para reorientar el desarrollo integral con fundamento en la solidaridad social y hacer posible la protección a grupos de población marginada.

El documento que presenta el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social con el título de PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AREAS RURALES, se refiere a las experiencias y resultados obtenidos en la aplicación de procedimientos que, inspirados en decisiones políticas apoyadas en reformas legislativas, han permitido en varios países latinoamericanos una evolución que se aparta de concepciones aceptadas inicialmente por los seguros sociales, para buscar en forma realista la adecuación y racionalización de nuevos esquemas de organización, que toman en cuenta a sectores urgidos de protección, marginados por su economía y sus condiciones socio-culturales, que no pueden soportar las cargas financieras ni cumplir requisitos de relaciones laborales, considerados imprescindibles en los seguros sociales tradicionales. En consecuencia, al modificar sus estructuras los seguros sociales se orientan como instrumento de cambio para acelerar el desarrollo socioeconómico.

En la preparación de este trabajo sirvieron de consulta importantes publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo y, especialmente, los resultados de encuestas realizadas por la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, desde 1973 hasta 1977.

Los capítulos de este documento revisan la situación actual del campo de aplicación de la seguridad social en América Latina, las bases para la extensión de las prestaciones de la seguridad social en las áreas rurales y, como consecuencia, señalan estrategias utilizadas en nuevos esquemas de organización, para incorporar población de sectores con marginación socioeconómica y casi nula capacidad contributiva, mediante la aplicación de políticas de solidaridad social y financiamiento para acelerar el avance en el retraso del proceso de extensión y proporcionar protección a mayores grupos de población campesina. Además, tiene el propósito de describir experiencias de un nuevo enfoque para extender la seguridad social a las áreas rurales, que señala interesantes modificaciones a los sistemas tra-

dicionales de los seguros sociales apoyados en reformas legislativas que permiten la implantación de esquemas modificados de aseguramiento basados, algunos de ellos en conceptos de solidaridad social nacional.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que celebra su XXXV Aniversario, al tratar este tema cumple la recomendación de la X Asamblea General precedente, celebrada en la ciudad de San Salvador en noviembre de 1974, de proseguir los estudios y de significar las acciones realizadas —jurídicas, administrativas, financieras y médico sociales— para potenciar las posibilidades de extensión de la seguridad social en las áreas rurales.

## **2. Panorama actual de la seguridad social en América Latina**

La extensión del campo de aplicación de la seguridad social en lo referente a personas protegidas, contingencias cubiertas y al ámbito geográfico de operación, plantea la necesidad de encontrar adaptaciones que permitan reformas legislativas para cumplir con el propósito de beneficiar a sectores más amplios de población, especialmente en las áreas rurales.

La revisión de algunos antecedentes sobre implantación, evolución y desarrollo de los sistemas de seguridad social, permite explicar la vigencia de nuevas orientaciones jurídicas, que son la base de esquemas actuales para superar obstáculos que impiden la extensión de las prestaciones a las áreas rurales.

Para esta revisión se adopta el procedimiento establecido en la presentación doctrinal del marco conceptual de los cursos del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, órgano especializado de enseñanza e investigaciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de su Comité Permanente, de considerar tres etapas en la evolución de la seguridad social americana.

La primera, anterior a la creación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, se inicia a principios del siglo cuando se establecieron en algunos países americanos sistemas de jubilación creados como regímenes especiales para cubrir a ciertas categorías de trabajadores, principalmente del sector público y militares. El desarrollo del sindicalismo y la influencia de grupos de presión, extendió la práctica de establecer regímenes especiales de retiro para empleados bancarios, trabajadores de los ferrocarriles y otros. La incipiente seguridad social americana aparece en los primeros cinco lustros del siglo XX como un mosaico de regímenes representados institucionalmente, en la mayoría de los casos, por Cajas que otorgan beneficios de cuantía desigual. No faltan las prestaciones de privilegio establecidas sin ningún cálculo financiero, fruto de la presión social o política.

En 1924 Chile introduce una modificación importante en este cuadro histórico, al crear un régimen general de seguro social para proteger a los obreros. Poco después, en la década de los treinta, esta nueva orientación comienza a extenderse, y así, Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay, disponen de una legislación que permite implantar un régimen general de seguro social. Estas legislaciones sobre los seguros sociales, adoptaron los principios doctrinarios, jurídicos y de organización de los países industrializados, muy diferentes

en sus estructuras sociales y en su desarrollo económico a los países latino-americanos.

Los seguros sociales implantados en cumplimiento de procesos legislativos mediante un sistema de coparticipación en el financiamiento, pretendían restablecer por medio de prestaciones en especie y en dinero, la capacidad de consumo de los grupos de trabajadores afiliados y a veces de sus familias, cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, habían perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganancia y sus medios de subsistencia. Por otro lado, promovían la restitución del trabajador en los plazos más breves a la vida activa, a fin de que se reintegrara a la producción. Su propósito era, la preservación de la fuerza de trabajo —del asalariado de la industria en el medio urbano— como factor esencial de la economía nacional.

La segunda etapa, comprende treinta años de acción ininterrumpida de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su Comité Permanente, que reflejan su influencia en el proceso de evolución de la seguridad social en los países de América. En el primer tercio de esta etapa, o sea en el decenio de los cuarentas, se aprobó y aplicó la legislación en siete países: Colombia, Guatemala, Haití, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela; y fue hasta la siguiente década, que se instituyó en: El Salvador, Nicaragua y Honduras.

Se establecen regímenes de protección general y se incluye el seguro de enfermedad y maternidad dentro de las contingencias cubiertas. El presupuesto jurídico de la protección es la existencia de una relación laboral. El seguro social se orienta a la protección de los asalariados; sin embargo, algunas legislaciones, usando diferente terminología, prevén la posibilidad de la cobertura de los trabajadores por cuenta propia, aunque ésta todavía no se hace efectiva. Varios países incluyen en sus legislaciones el principio de la extensión total o gradual del campo de aplicación, lo que confirma la característica de generalidad de los sistemas creados y su pretensión de llegar a cubrir, en forma progresiva, todo el ámbito geográfico de los respectivos países y, en lo posible, toda la población laboral antes indicada.

Los nuevos sistemas introducen, con la protección de los riesgos de enfermedad y maternidad, la organización de servicios médicos propios, administrados directamente por las instituciones. Este hecho, que representa una medida de gran importancia desde el punto de vista del control de los costos y del mejoramiento de instalaciones médico asistenciales, significará también el planteamiento de nuevos problemas con respecto a la relación de las instituciones con otros organismos del Estado encargados de funciones similares, y la creación de nuevas responsabilidades para los seguros sociales, por la importante contribución a los programas nacionales de salud, tanto en el campo de la medicina curativa, como en los de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y de la rehabilitación.

Por otra parte, la transformación del ejercicio profesional de la medicina provocará nuevas relaciones de los seguros sociales con el cuerpo médico y asociaciones profesionales, y la necesaria intervención de las instituciones en la formación y desarrollo del personal de salud y técnico administrativo. La estructura financiera de los sistemas creados en esta época se planea conforme a cálculos actuariales, lo que implica una supera-

ción técnica de gran importancia con respecto a los regímenes especiales de jubilaciones, establecidos en la etapa de evolución anterior.

Se siguen las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, cuyos principios son divulgados a través de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la cual inicia, a su vez, la elaboración de una doctrina continental de la Seguridad Social. En 1944 se proclama la Declaración de Filadelfia de la Organización Internacional del Trabajo, que contiene una amplia enumeración de principios directivos, cuya influencia será decisiva en la evolución institucional de los seguros sociales en América Latina.

En la segunda etapa, aunque perdura la influencia y características de los llamados seguros sociales tradicionales, se inicia la tendencia de que la legislación y los regímenes que aplican la política de seguridad social, deben considerar las necesidades de la población de cada país, configurando prestaciones en especie y en dinero y servicios sociales específicos, para definir y caracterizar los distintos sistemas nacionales.

Durante este período la extensión de los seguros sociales en la región americana tuvo que ir venciendo graves obstáculos y si bien es cierto que en algunos países ha sido significativa, también lo es que en otros ha sido muy limitada. La explicación puede encontrarse al analizar el proceso de desarrollo socioeconómico, estructura y organización política de los países que, destaca los factores adversos que han limitado la acción de los seguros sociales a pesar de ser aceptados como eficaces instrumentos para la solución de problemas económicos, sociales y de salud de algunos sectores de población. Las características nacionales, dentro de las cuales se encuentran diversos estados de evolución, obligaron a que en un principio el seguro social se implantase en las grandes ciudades, con el fin de proteger a trabajadores de actividades industriales, comerciales y de comunicaciones, todos ellos con salarios fijos más o menos altos y estabilidad en los empleos, para hacer factible el equilibrio económico del régimen.

En las legislaciones iniciales de los países enunciados quedaba establecido el carácter nacional e integral de sus sistemas de seguro social. En esas disposiciones estuvieron apoyados los propósitos de ampliar las prestaciones a todos los sectores de la población y con particular interés a los del medio rural.

La acción para extender el seguro social, fue realizada con cautela y en forma gradual, con base en estudios previos de aquellos lugares en donde se pensaba que podría implantarse, mediante determinaciones del desarrollo industrial, situación geográfica, población asegurable, posibilidad de otorgar servicios médicos, así como de la capacidad económica y de los índices demográficos de algunas zonas alejadas de los principales centros industriales.

En esta segunda etapa las legislaciones, súbitamente promovidas a un sitio destacado dentro de la política socioeconómica del Estado, venciendo las limitaciones esbozadas, tuvieron una acción prolífica para extender el seguro social a grupos cada vez más amplios de la población. Así, en varios países, obedeciendo a planes establecidos se crearon para comenzar, sistemas mínimos que debían operar en una localidad, la más importante por su población y por su desarrollo comercial, industrial, económico y social; para ampliarlos más tarde, con la rapidez permitida por las posibilidades de las instituciones, a otros centros de características similares y

llegar en base a un desarrollo coordinado, a extender la protección del sistema a varios importantes núcleos de población en todo un territorio nacional.

El proceso histórico descrito se refiere únicamente a la creación y modalidades de establecimiento de los seguros sociales y no refleja la dinámica de las instituciones que después de fundadas continuaron creciendo. En los países en los cuales se inició el proceso de la creación de regímenes de pensiones, éstos aumentaron en número, pero con posterioridad se han hecho esfuerzos por simplificar esa diversidad de sistemas.

Las instituciones con sistemas generales de protección se han desarrollado por la extensión horizontal o vertical de su campo de aplicación, o bien por el simple crecimiento demográfico de los países; nuevas contingencias se han incorporado a la protección que otorgan las instituciones de este grupo. Muchas leyes han sufrido cambios y transformaciones, tanto en lo referente a la organización institucional, como en el mejoramiento de las prestaciones.

En este proceso de evolución destacan dos aspectos fundamentales. El primero es, que el cuadro final de este desarrollo muestra diferencias importantes en la estructura institucional entre el grupo de países en los cuales se establecieron en forma más temprana los regímenes de seguridad social y el grupo de los que a partir de 1942 crearon sistemas generales de protección. El otro aspecto en el cual se encuentra poca similitud entre los sistemas, es el de la extensión del campo de aplicación en cuanto a la población protegida; el desarrollo de la seguridad social en este sentido ha sido irregular en la región americana.

Con base en la experiencia acumulada en la segunda etapa, que permitió la consolidación institucional de los sistemas, los países latinoamericanos están empeñados —mediante la evolución y renovación doctrinaria, reformas legislativas y administrativas, y modalidades distintas de financiamiento— en implantar nuevos esquemas de organización para extender los seguros sociales a otros sectores de la población, principalmente en el medio rural.

La tercera etapa se caracteriza por reformas substanciales a las legislaciones establecidas, motivadas por el incremento demográfico, por la continua transformación de una sociedad cada vez más abierta al cambio y por la creciente complejidad de las relaciones de trabajo, que son causales para que el derecho a la seguridad social sea esencialmente dinámico. Por ello debe evolucionar de acuerdo con las circunstancias, necesidades sentidas y demanda, mejorando las prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a sus beneficios a más amplios sectores de la población.

Se precisa la tendencia de avanzar en la “extensión vertical” al mejorar la protección al núcleo de los trabajadores asegurados y sobre todo en la “extensión horizontal”, al procurar incluir a grupos de población no sujetos a relaciones de trabajo con empleador. En esta forma queda patente la preocupación por acelerar la elaboración de reformas legislativas o la promulgación de nuevas leyes sobre la materia, a efecto de disponer del marco jurídico indispensable que prevea las alternativas posibles para la ampliación del campo de aplicación de los seguros sociales así como los sistemas de financiamiento compatibles con el desarrollo económico y social en cada país.

Como causa importante de presión surge la existencia de crecientes sectores de población marginados de los beneficios de los seguros sociales, por su baja capacidad económica y casi nula capacidad contributiva, que hace necesario reorientar los postulados de la extensión buscando nuevos métodos de protección que hagan factible el otorgamiento de un esquema mínimo de prestaciones médicas y sociales para estos grupos, salvaguardando la integridad financiera de las instituciones de seguridad social y sin menoscabo de los derechos, la cuantía y la calidad de las prestaciones a la población anteriormente asegurada.

El proceso evolutivo descrito pone en evidencia que las instituciones están cumpliendo la nueva responsabilidad que les corresponde en la tercera etapa, la presente, que supera las de iniciación y consolidación, al imponer como decisión trascendente desechar los principios y tendencias tradicionales, para generar otros que consideren todo lo que tiene de cambiante la realidad social en los países en proceso de desarrollo.

En esta forma la seguridad social americana no sólo ha sabido ser fiel a la validez de los principios de los seguros sociales clásicos, sino que ha evolucionado pretendiendo dar respuesta a las necesidades de protección en todos los grupos humanos y en todos los estratos sociales; pero siempre con clara conciencia de que son las características del desarrollo social y económico de cada país, las que permiten y regulan la extensión y el grado de protección a la población asegurada.

Por lo anterior, en la actualidad es manifiesta la necesidad de revisar los esquemas tradicionales y adoptar a breve plazo las medidas para adecuarlos a las necesidades reales de los países, así como de promover acciones que favorezcan actitudes de cambio, frente a factores que han propiciado y mantenido situaciones de marginación o de exclusión de los beneficios de los servicios de protección social.

Dentro de un panorama de la seguridad social como el descrito, señalar principios doctrinarios uniformes es una tarea difícil si no se quiere caer en esquemas que por su abstracción y generalidad mal fundamentada se alejan de la realidad. Los teóricos de la seguridad social han elaborado por inducción, partiendo de los hechos de la evolución institucional de países industrializados, un conjunto de principios que se han transformado después en doctrina. Por un proceso racional inverso, esos principios se han aplicado en las legislaciones americanas que han establecido sistemas generales de protección; a pesar de que forman parte del contenido normativo de las leyes, dichos principios son metas o propósitos no logrados por los sistemas, sin que por esto deba negarse el valor que tienen como orientadores de las tendencias de evolución de las instituciones.

Desde el punto de vista anterior, se juzga que han tenido influencia las recomendaciones de organismos internacionales, entre ellas deben destacarse las Declaraciones de Filadelfia y de Ottawa de la OIT, y las Resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

En los países cuyos sistemas surgieron en la primera etapa, se han creado organismos estatales encargados de dirigir o de coordinar la acción de los diversos regímenes. Este proceso posiblemente se acentuará en el futuro, a medida que los Gobiernos consoliden las estructuras y funciones de la planificación nacional.

Es evidente que el crecimiento de las instituciones de seguridad social han consolidado su influencia social y política.

Aunque la doctrina clásica no lo considera un principio sino uno de los medios para la prestación de servicios médicos a los derechohabientes, la generalidad que ha alcanzado la organización y funcionamiento de servicios médicos propios, administrados directamente por las instituciones, hace que esta característica sea una de las notas distintivas de la seguridad social latinoamericana.

La ausencia de servicios médicos adecuados, en la mayoría de los países del continente, determinó la necesidad de que las instituciones establecieran sus propias instalaciones, clínicas y hospitales, y contrataran directamente al personal de salud requerido. Otras circunstancias se unieron a este hecho, como el bajo ingreso de la población que, por sus grandes carencias, crecimiento acelerado y elevadas tasas de morbi-mortalidad, requería servicios de salud integrales sin pago directo y que comprendieran amplias prestaciones: atención en consulta externa y en hospitalización, medicamentos, servicios de medicina preventiva, entre otros. Estas circunstancias obligaron a la estructuración de los servicios médicos directos, orientados a obtener los mejores rendimientos de los recursos disponibles.

En los países en proceso de desarrollo, entre los principios básicos de la seguridad social se ha incluido dentro de su contexto la garantía de asistencia médica integral, incluyendo servicios preventivos, curativos y de rehabilitación para la población amparada.

La extensión de la protección médico social al medio rural, es motivo de especial preocupación. En varios países se están estructurando procedimientos operacionales que permitan superar las restricciones en recursos disponibles y se está iniciando la adopción de esquemas financieros que hagan posible, con sentido realista, introducir las prestaciones de seguridad social, fundamentalmente las de salud, a núcleos de población rural cuyos niveles económicos y estratificación socio-cultural, los diferencian de los trabajadores urbanos de la industria, que han sido hasta años recientes objeto fundamental de cobertura por los seguros sociales.

### **3. Bases para la extensión de las prestaciones de la seguridad social en las áreas rurales**

Los países latinoamericanos procuran planificar la seguridad social conforme a objetivos sociales claramente señalados, siendo el prioritario incrementar la población protegida (Cuadro N° 1), con previsión de las incidencias económicas y dentro del marco del desarrollo social integral. Como consecuencia, cada vez es más factible evitar un desarrollo anárquico con profundas desigualdades para algunos sectores que deja marginados a grupos urgidos de alguna protección por ser muy vulnerables a los riesgos en general, por lo reducido de sus ingresos y por sus características culturales y económico sociales, como es el caso de los habitantes de las áreas rurales.

Esta política está permitiendo salir de un estancamiento en el proceso evolutivo y de extensión de la seguridad social en algunos países, que tiene explicación en el rigorismo con que adoptaron sus legislaciones o en la mal entendida autonomía que, pretendiendo una total independencia de los seguros sociales, los apartaron y desvincularon de los planes generales de la política nacional. Con el propósito de superar esos obstáculos, actualmente existe el consenso de que la planificación de la seguridad social debe estar

convenientemente integrada en la planificación nacional y es manifiesta la gran preocupación por organizar la extensión del campo de aplicación de los regímenes establecidos.

La programación de acciones para este propósito, debe adecuarse a las condiciones particulares de los nuevos sectores de población por cubrir y a la problemática del área en que viven, ya sea urbana o rural; para lo que se hace indispensable obtener, recurriendo a las fuentes apropiadas, toda la información que permita conocer la situación ecológica, socioeconómica, cultural y sanitaria en cada caso de extensión.

Antes de hacer referencia a las investigaciones requeridas para la extensión de las prestaciones de la seguridad social en las áreas rurales, se considera conveniente como información general presentar algunos problemas específicos de los países latinoamericanos, que están condicionados por sus características sociales, económicas y sanitarias.

### 3.1 *Características sociales, económicas y sanitarias de los países latinoamericanos*

En América Latina los países tienen algunas características comunes y otras por el contrario son tan peculiares, que ameritan un estudio particular para adoptar medidas específicas en sus programas de seguridad social.

En base a estudios realizados en la última década pueden señalarse como características generales, las siguientes:

— El 45% de la población es campesina (cuadros 2 y 3).

— Existen grandes núcleos de población indígena, aún no asimilada o asimilada parcialmente a la civilización actual, que conservan patrones culturales y estructuras socioeconómicas peculiares y resistentes al cambio.

— Enorme dispersión de la población rural. Se estima que más de 125 millones de personas viven en comunidades menores de 2,500 habitantes.

— La densidad de población no es similar en los países y se aprecian situaciones extremas, que van del caso de El Salvador con 174 habitantes por Km<sup>2</sup>, al de Bolivia con 5 habitantes por Km<sup>2</sup> (cuadro 4).

— En la estructura por edades de la población, se encuentra que el 42% es de menores de 15 años y el grupo de edad de mayores de 65 años, representa el 4%. Como consecuencia, la población económicamente activa sólo alcanza el 60% en dos países, siendo inferior a esta cifra en el resto de ellos (cuadro 5).

— 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 social.

— El ingreso per cápita en términos generales es muy bajo, con una gran desigualdad en la distribución del ingreso (cuadro 6). Este ingreso es aún más bajo en el medio rural, que como se ha señalado anteriormente, representa aproximadamente la mitad de la población total.

— El ritmo de crecimiento de la población es superior al de cualquier otra región del mundo, con una tasa promedio de 2.9% anual que contrasta con el 0.9% que tienen los países europeos. Destacando: Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Venezuela, con tasas superiores al 3.2% (cuadro 4).

Cuadro N° 1

POBLACION PROTEGIDA POR LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL  
PAISES AMERICANOS  
1976

País	Población total	Población Protegida		
		Institución	Total	%
Argentina	sd	sd	sd	sd
Bolivia	4.687,718	Instituto Boliviano de Seguridad Social	1.182,533	25.33
Brasil	110.123,500	Instituto Nacional de Previsión	54.700,000	49.67
Canadá	23.110,100	Ministerio Nacional de Salud y Bienestar Social de Canadá	17.676,317	76.49
Colombia	24.226,405	Instituto Colombiano de Seguros Sociales	2.136,622	8.82
Costa Rica	2.049,609	Caja Costarricense de Seguro Social	1.558,932	77.06
Cuba	9.481,000	División de Seguridad Social del Ministerio del Trabajo	9.481,000	100.00
Chile	10.555,075	Servicio de Seguro Social	3.442,170	32.60
Dominicana	4.834,878	Instituto Dominicano de Seguros Sociales	370,000	7.65
EE. UU.	215.400,000	Administración de Seguridad Social	194.000,000	90.07
Ecuador	6.742,987	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	412,671	6.12
El Salvador	4.282,980	Instituto Salvadoreño de Seguro Social	575,551	13.44
Guatemala	5.529,271	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	783,074	14.16
Haití	sd	sd	sd	sd
Honduras	2.831,377	Instituto Hondureño de Seguridad Social	202,710	7.16
México <sup>a</sup>	62.329,189	Instituto Mexicano del Seguro Social, e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	20.544,234	32.96
Nicaragua	2.235,695	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	206,539	9.24
Panamá	1.718,700	Caja de Seguro Social	750,861	43.69
Paraguay	2.628,000	Instituto de Previsión Social	255,744	9.73
Perú	16.090,496	Seguro Social de Perú	1.878,224	11.67
Puerto Rico	3.212,988	Fondo del Seguro del Estado	718,000	22.30
Uruguay <sup>b</sup>	3.085,000	Banco de Previsión Social y Consejo Central de Asignaciones Familiares	2.666,766	87.80
Venezuela	12.361,090	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales	3.321,654	26.87

FUENTE: Secretaría General CPISS. Cuestionario "Evolución y Tendencias de la Seguridad Social 1974-1976".

sd: Sin datos.

<sup>a</sup> De la población protegida: 16.631,542 corresponden al IMSS y 3.912,692 al ISSSTE.

<sup>b</sup> América en Cifras, OEA, 1974.

Cuadro N° 2  
POBLACION TOTAL, URBANA Y RURAL ESTIMADAS A 1974 Y 1980  
PAISES AMERICANOS

PAIS	POBLACION TOTAL (Miles de habitantes)		POBLACION URBANA (Miles de habitantes)		POBLACION RURAL (Miles de habitantes)	
	1974	1980	1974	1980	1974	1980
Argentina	25,467	27,580	18,795	20,354	6,672	7,226
Bolivia	5,196	5,975	2,177	2,504	3,019	3,471
Brasil	105,813	124,003	48,941	57,413	56,822	66,590
Colombia	25,078	30,281	13,291	16,049	11,787	14,232
Costa Rica	2,188	2,728	753	938	1,435	1,790
Cuba	9,040	10,075	5,379	5,995	3,661	4,080
Chile	10,758	12,214	8,488	9,641	2,270	2,573
Dominicana República	5,657	6,174	1,532	1,871	3,525	4,303
Ecuador	7,115	8,473	2,561	3,050	4,554	5,423
El Salvador	4,046	4,910	1,558	1,890	2,488	3,020
Guatemala	6,065	7,191	2,038	2,416	4,027	4,775
Haití	5,870	6,919	1,174	1,384	4,695	5,535
Honduras	3,084	3,771	873	1,067	2,211	2,701
México	59,596	72,392	39,989	48,595	19,607	23,797
Nicaragua	2,353	2,824	1,012	1,214	1,341	1,610
Panamá	1,707	2,055	792	954	915	1,101
Paraguay	2,784	3,361	1,019	1,230	1,765	2,131
Perú	15,606	18,527	9,176	10,895	6,430	7,632
Uruguay	3,035	3,255	2,495	2,676	540	579
Venezuela	12,223	14,848	10,047	12,205	2,176	2,643

FUENTE: "América en Cifras" 1972 O.E.A.

Cuadro N° 3  
POBLACION TOTAL Y RURAL A 1974 \*

PAISES AMERICANOS

PAIS	POBLACION TOTAL	POBLACION RURAL	
	(En miles de habit.)	(En miles de habit.)	%
Argentina	25,467	6,672	26.2
Bolivia	5,196	3,019	58.1
Brasil	105,813	56,822	53.7
Colombia	25,078	11,787	47.0
Costa Rica	2,188	1,435	65.6
Cuba	9,040	3,661	40.5
Chile	10,758	2,270	21.1
Dominicana República	5,657	3,525	69.7
Ecuador	7,115	4,554	64.0
El Salvador	4,046	2,488	61.5
Guatemala	6,065	4,027	66.4
Haití	5,870	4,695	80.0
Honduras	3,084	2,211	71.1
México	59,596	19,607	32.9
Nicaragua	2,353	1,341	57.0
Panamá	1,707	915	53.6
Paraguay	2,784	1,765	63.4
Perú	15,606	6,430	41.2
Uruguay	3,035	540	17.8
Venezuela	12,223	2,176	17.8
<b>SUMA:</b>	<b>312,681</b>	<b>139,940</b>	<b>44.75</b>

FUENTE: Datos Básicos de población en América Latina, 1972. O.E.A.

Nota \*: Población Estimada.

Cuadro N° 4  
POBLACION TOTAL, INCREMENTO ANUAL Y DENSIDAD DE POBLACION  
PAISES AMERICANOS

PAIS	A POBLACION TOTAL 1974 (En miles)	B TASA DE CRECIMIENTO 1960-1972 %	C SUPERFICIE km <sup>2</sup>	D DENSIDAD D=A/B
Argentina	25,467	1.5	2,766,889	9
Bolivia	5,196	2.6	1,098,581	5
Brasil	105,813	2.9	8,511,965	12
Colombia	25,078	3.2	1,138,914	20
Costa Rica	2,188	3.5	50,700	36
Cuba	9,040	2.0	114,524	73
Chile	10,758	1.4	756,945	12
Dominicana República	5,657	3.0	48,734	90
Ecuador	7,115	3.4	283,561	24
El Salvador	4,046	3.4	21,393	174
Guatemala	6,065	3.3	108,889	51
Haití	5,870	1.5	27,750	152
Honduras	3,084	3.1	112,088	25
México	59,596	3.4	1,972,547	27
Nicaragua	2,353	2.6	130,000	14
Panamá	1,707	3.1	75,650	20
Paraguay	2,784	2.4	406,752	6
Perú	15,606	2.4	1,285,216	11
Uruguay	3,035	1.3	177,508	16
Venezuela	12,223	3.4	912,050	12

A - D Estimaciones C.P.I.S.S., con base en datos de "América en Cifras" 1972 O.E.A.  
 B "Estadísticas Básicas de los Países de América Latina y el Caribe" 1972 B.I.D.  
 C "Demographic Yearbook" 1972 O.N.U.

Cuadro N° 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD  
PAISES AMERICANOS

## GRUPOS DE EDAD

PAISES	Año de la información	Total	GRUPOS DE EDAD						No especificada
			- 1	- 4	1 - 4	5 - 14	15 - 64	65 +	
Argentina	1972	100.0		10.49		18.94	63.02	7.55	—
Bolivia	1969	100.0		16.24		25.65	54.60	3.51	—
Brasil	1970	100.0		14.91		26.79	56.29 *	1.82 **	0.19
Colombia	1964	100.0	3.61		14.04	29.00	50.35	3.00	—
Costa Rica	1963	100.0	3.83		14.80	29.01	49.04	3.16	0.16
Cuba	1970	100.0	2.72		11.07	23.18	57.10	5.93	—
Chile	1970	100.0		12.54		26.50	54.94	4.67	1.35
Dominicana República	1970	100.0		16.99		30.55	49.35	3.11	—
Ecuador	1972	100.0		18.50		28.72	49.95	2.83	—
El Salvador	1971	100.0	3.65		13.18	29.34	50.38	3.45	—
Guatemala	1964	100.0	3.70		13.76	28.00	51.79	2.74	0.01
Haití	1972	100.0	3.83		13.57	25.80	53.70	3.10	—
Honduras	1970	100.0		18.95		27.89	50.77	2.39	—
México	1970	100.0	3.46		13.48	29.28	50.07	3.71	—
Nicaragua	1965	100.0	4.03		13.62	30.69	48.76	2.90	—
Panamá	1972	100.0	3.21		12.86	27.37	52.83	3.73	—
Paraguay	1970	100.0		18.65		27.80	50.38	3.17	—
Perú	1970	100.0	3.94		13.50	27.56	51.88	3.12	—
Uruguay	1963	100.0	1.98		7.84	18.12	63.62	7.56	0.88
Venezuela	1970	100.0	4.28		14.65	28.14	50.51	2.42	—

\* Incluye población de 15 a 69 años.

\*\* Comprende población de 69 años y más.

FUENTE: "Demographic Yearbook", 1972, O.N.U.

Cuadro Nº 6  
 PRODUCTO INTERNO BRUTO  
 PAISES AMERICANOS  
 1970

PAIS	Producto interno bruto (a precios de mercado)				
	Total		Distribución sectorial		
	Miliones de dólares 1970	Per cápita (dólares) 1970	Agricultura	Minería, manufactura, construcción, electricidad	Otras actividades
Argentina	26.222,6	1.095,9	11.7	45.9	42.4
Bolivia	1.109,4	213,8	15.9	31.8	52.3
Brasil	45.547,5	463,9	16.1	31.6	52.3
Colombia	8.447,2	375,5	27.2	27.8	45.0
Costa Rica	1.079,2	572,2	21.6	26.5	51.9
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	8.610,4	944,5	8.8	41.6	49.6
Dominicana, República	1.820,9	422,3	21.1	31.8	47.1
Ecuador	2.005,5	307,8	26.2	28.3	45.5
El Salvador	1.120,5	306,2	24.7	24.2	51.1
Guatemala	2.140,1	414,7	27.9	18.9	53.2
Haití	485,1	110,9	48.7	17.6	33.7
Honduras	771,7	289,3	36.2	22.6	41.2
México	37.232,5	708,9	11.1	35.0	53.9
Nicaragua	941,6	488,1	23.8	27.8	48.4
Panamá	1.222,0	802,5	17.0	27.1	55.9
Paraguay	654,8	271,6	30.7	21.5	47.8
Perú	6.838,1	503,0	15.9	36.8	47.3
Uruguay	2.396,9	809,6	14.6	29.4	56.0
Venezuela	12.257,1	1.115,7	6.9	40.7	52.4

n.d. No disponible.

FUENTE: "Estadísticas básicas de los países de América Latina y el Caribe", 1972, BID.

— Emigración desordenada hacia las zonas urbanas, que origina cinturones de población marginada; ya que su falta de preparación impide su acomodo en la creciente industrialización y entonces se ocupa en “labores de baja productividad, con lo cual se traslada la subocupación del campo a la ciudad”, tal como ha sido expresado por la CEPAL.

— La producción de alimentos ha sido insuficiente con un déficit de nutrientes básicos, especialmente proteínas de origen animal, que trae como consecuencia un bajo nivel en la nutrición de la población. Hay países en los que su población tiene menos de las 2,000 calorías per cápita, pero este promedio resulta engañoso, ya que es inferior en grandes mayorías especialmente en las áreas rurales (cuadro 7).

— Las viviendas tienen características negativas, son insuficientes y presentan malas condiciones. En el medio rural, una parte muy importante, está constituida por habitaciones únicas en que conviven con promiscuidad las numerosas personas que constituyen la familia campesina, junto con los animales domésticos (cuadro 8).

— 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 reciben agua de pozos, aljibes o depósitos, entre otros medios de aprovisionamiento inadecuados (cuadro 9).

— La disposición de excretas y basuras, sobre todo en las áreas rurales, prácticamente es nula o se hace en forma rudimentaria; por lo que la habitación campesina, por sus deficientes condiciones higiénico-sanitarias, ofrece malas condiciones de habitabilidad al núcleo familiar (cuadro 10).

Cuadro N° 7

DISPONIBILIDAD DE PROTEINAS Y VALOR CALORICO  
DE LOS ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN  
PAISES AMERICANOS

PAISES	Gramos proteínas días/habitantes	Calorías días/habitantes
Argentina	82	2,820
Bolivia	47	1,810
Brasil	66	2,780
Colombia	49	2,170
Costa Rica	54	2,460
Cuba		
Chile	77	2,410
Dominicana, República	53	2,230
Ecuador	48	1,890
El Salvador	60	1,914
Guatemala	60	1,994
Haiti	47	1,633
Honduras	54	2,080
México	73	2,640
Nicaragua	67	2,329
Panamá		
Paraguay	66	2,580
Perú	57	2,240
Uruguay	94	2,970
Venezuela	58	2,360

FUENTE: “Datos básicos de población en América Latina”, 1969, OEA.

Cuadro N° 8

PROMEDIO DE HABITANTES POR VIVIENDA Y PORCENTAJE  
DE VIVIENDAS CON UN SOLO CUARTO

## PAISES AMERICANOS

PAISES	Año de la información	Población total	Número de viviendas	Promedio de habitantes por vivienda	% de vivienda de un solo cuarto
Argentina	1960	19.227,447	4.403,199	4.37	14.0
Bolivia	1950	661,349	155,725	4.25	—
Brasil	1970	91.298,103	18.086,336	5.05	2.7
Colombia	1964	16.366,719	2.650,989	6.17	18.9
Costa Rica	1963	1.319,922	231,153	5.71	6.6
Cuba	1953	5.784,753	1.212,301	4.77	12.2
Chile	1970	8.601,360	1.689,840	5.09	10.9
Dominicana, República	1950	2.115,013	430,652	4.91	8.1
Ecuador	1962	4.421,077	862,612	5.13	44.5
El Salvador	1971	3.519,180	655,120	5.37	60.8
Guatemala	1964	4.209,820	804,940	5.23	43.7
Haití	1950	3.026,314	693,178	4.37	14.8
Honduras	1961	1.844,731	325,492	5.67	24.0
México	1970	48.381,547	8.285,706	5.84	40.1
Nicaragua	1963	1.511,684	304,580	4.96	38.3
Panamá	1960	999,991	211,068	4.74	45.9
Paraguay	1962	1.776,272	244,742	7.26	47.5
Perú	1961	9.565,813	1.962,290	4.87	33.7
Uruguay	1963	3.000,000	667,300	4.50	4.3
Venezuela	1961	7.133,239	1.327,497	5.37	13.8

FUENTE: "América en Cifras"; Situación Social 1972, OEA.

Cuadro N° 9  
DISPONIBILIDAD DE AGUA Y ELIMINACION DE EXCRETAS  
PAISES AMERICANOS

PAIS	Año de la información	V I V I E N D A S ( P O R C E N T A J E S )							
		Total	Disponibilidad de aguas			Eliminación de excretas			
			Entubada	No entubada	No especi- ficada	Con retrete	Otro tipo	Sin retrete	No especi- ficada
Argentina	1960	100.0	51.6	48.4		61.5	25.2	13.3	
Bolivia	1950	100.0	46.5	45.8	7.7	37.3		54.3	8.4
Brasil	1970	100.0	32.8	67.1	.1	17.5	42.8	39.7	
Colombia	1964	100.0	38.7	61.3		30.5	10.2	59.3	
Costa Rica	1963	100.0	68.3	31.7		29.7	44.8	25.5	
Cuba	1953	100.0	55.6	41.9	2.5	40.5	34.4	22.6	2.5
Chile	1970	100.0	78.4	21.6		51.1		27.5	21.4
Dominicana, Rep.	1950	100.0	29.7	70.3		4.4	86.0	8.1	1.5
Ecuador	1962	100.0	37.5	62.5		21.7	11.1	67.1	.1
El Salvador	1971	100.0	45.5	54.5		22.5	18.8	58.7	
Guatemala	1964	100.0	29.5	70.5		9.6	21.0	69.4	
Haití	1950	100.0	2.3	97.2	.5	1.1	9.0	89.8	.1
Honduras	1961	100.0	24.9	75.1		10.1	9.6	80.2	.1
México	1970	100.0	61.0	39.0			41.6	58.4	
Nicaragua	1971	100.0	38.6	61.4		19.3	34.6	46.1	
Panamá	1960	100.0	46.2	53.8		38.4	25.7	35.8	.1
Paraguay	1962	100.0	10.7	89.3		5.0	83.3	11.7	
Perú	1961	100.0	21.1	78.1	.8	14.5	29.8	55.0	.7
Uruguay	1963	100.0	84.1	14.2	1.7	59.4	34.4	5.7	.5
Venezuela	1961	100.0	46.7	53.3		35.0	27.3	37.6	.1

FUENTE: "América en Cifras", 1972. OEA.

Cuadro N° 10

## DISPONIBILIDAD DE AGUA Y ELIMINACION DE EXCRETAS EN EL MEDIO RURAL

## PAISES AMERICANOS

VIVIENDAS RURALES (PORCENTAJES)									
PAIS	Año de la información	Total	Disponibilidad de aguas			Eliminación de excretas			
			Entubada	No entubada	No especi- ficada	Con retrete	Otro tipo	Sin retrete	No especi- ficada
Argentina	1960	100.0	14.1	85.9		21.1	44.7	34.2	
Bolivia	1950								
Brasil	1970	100.0	2.5	97.5		0.5	24.4	75.1	
Colombia	1964	100.0	13.3	86.7		4.9	9.3	85.8	
Costa Rica	1963	100.0	51.0	49.0		9.8	50.8	39.3	.1
Cuba	1953	100.0	14.6	83.6	1.8	7.6	37.5	53.2	1.7
Chile	1970	100.0	32.9	67.1					
Dominicana, Rep.	1950	100.0	12.4	87.6		0.5	87.5	10.1	1.9
Ecuador	1962	100.0	12.0	88.0		1.8	7.2	91.0	
El Salvador	1971	100.0	16.6	83.4		1.6	10.7	87.7	
Guatemala	1964	100.0	8.2	91.8		1.1	8.4	90.5	
Haití	1950	100.0	0.6	99.0	.4	0.7	4.6	94.7	
Honduras	1961	100.0	9.0	91.0		0.5	4.9	94.6	
México									
Nicaragua	1971	100.0	6.1	93.9		1.3	17.4	81.2	.1
Panamá	1960	100.0	9.6	90.4		5.8	31.0	63.2	
Paraguay	1962	100.0	4.1	95.9		0.8	85.9	13.3	
Perú	1961	100.0	1.0	98.6	.4	0.8	26.7	72.3	.2
Uruguay	1963	100.0	78.2	17.7	4.1	14.8	59.0	24.6	1.6
Venezuela	1961	100.0	16.4	83.6		5.0	16.7	78.3	

FUENTE: "América en Cifras", 1972. OEA.

— 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 (cuadro 11).

— A pesar del especial interés de los ministerios de salud y de las instituciones de seguridad social, por proporcionar atención médica eficiente y oportuna, y por colaborar con los programas nacionales de salud, algunos de los indicadores que se citan a continuación perfilan una situación que continúa desfavorable en la región: la mortalidad infantil representa una de las tasas más altas, la morbimortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, se mantiene en tasas elevadas, en las que no se han logrado descensos satisfactorios no obstante que son susceptibles de reducción y aún de erradicación; siguen predominando enfermedades como la neumonía, la gastroenteritis, la bronquitis y la tuberculosis en todas sus formas. Todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de enfrentar, con grado prioritario, los problemas de salud (cuadro 12).

— La inadecuada distribución de los profesionales de la medicina, que se concentran en las grandes capitales, ocasiona que grandes sectores de población en el medio rural carezcan o dispongan de recursos muy limitados. Algunos ejemplos: Colombia tiene un médico por cada 730 habitantes en Bogotá, pero en el resto del país dispone de un médico por 3,170 habitantes; en la ciudad de México hay un médico por cada 760 habitantes, pero en el resto del país sólo hay un médico por 6,300 habitantes; Honduras tiene un médico por cada 770 habitantes en Tegucigalpa, y en el resto del país

Cuadro N° 11  
POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS POR ALFABETISMO  
EN NUMEROS RELATIVOS

PAISES AMERICANOS

PAISES	Año de la información	Total	Alfabeta	Analfabeta	No declarada
Argentina	1960	100.0	91.0	8.5	0.5
Bolivia	1950	100.0	32.1	67.9	0.0
Brasil	1970	100.0	66.9	33.0	0.1
Colombia	1964	100.0	72.9	27.1	0.0
Costa Rica	1964	100.0	84.4	15.6	0.0
Cuba	1953	100.0	77.9	22.1	0.0
Chile	1970	100.0	86.0	11.7	2.4
Dominicana, República	1970	100.0	67.8	32.2	0.0
Ecuador	1962	100.0	67.5	32.5	0.0
El Salvador	1971	100.0	56.9	43.1	0.0
Guatemala	1964	100.0	37.9	62.1	0.0
Haiti	1950	100.0	10.5	89.3	0.2
Honduras	1961	100.0	47.3	52.7	0.0
México	1970	100.0	76.2	23.8	0.0
Nicaragua	1971	100.0	57.0	42.0	1.0
Panamá	1970	100.0	79.3	20.7	0.0
Paraguay	1962	100.0	74.4	25.4	0.2
Perú	1961	100.0	61.1	38.9	0.1
Uruguay	1963	100.0	89.4	9.6	1.0
Venezuela	1971	100.0	77.1	22.9	0.0

FUENTE: "América en Cifras", Situación Cultural, 1973, OEA.

Cuadro N° 12

## NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER

## PAISES AMERICANOS

PAIS		Natalidad (1972). Tasa por 1,000 hab.	Mortalidad general (1969). Tasa por 1,000 hab.	Mortalidad infantil (1969). Tasa por 1,000 nacidos vivos	Expectativa de vida al nacer	
					Años	Periodo base, estimación
Argentina	(8)	22.6	(8) 9.0	(7) 62.9	67.1	(1965-1970)
Bolivia	(8)	23.6	(8) 7.0	(6) 77.3	49.7	(1949-1951)
Brasil		n.d.	9.5	n.d.	60.7	(1965-1970)
Colombia	(9)	22.5	(8) 8.5	(8) 74.9	45.0	(1950-1952)
Costa Rica		31.6	6.9	67.1	63.3	(1962-1964)
Cuba	(1)	30.3	6.7	48.0	66.8	(1965-1970)
Chile	(0)	24.6	(8) 9.0	(8) 91.6	63.2	(1969-1970)
República Dominicana	(0)	40.1	6.9	61.9	57.8	(1959-1961)
Ecuador	(1)	38.7	10.9	91.0	52.3	(1961-1963)
El Salvador	(1)	42.1	9.9	63.3	58.4	(1960-1961)
Guatemala		42.5	17.2	91.3	49.0	(1963-1965)
Haití		n.d.	19.7	n.d.	32.6	(1950)
Honduras		45.0	8.9	36.5	49.0	(1965-1970)
México		44.6	9.4	66.9	62.3	(1965-1970)
Nicaragua	(1)	41.0	7.6	45.3	49.9	(1965-1970)
Panamá		34.5	7.0	39.9	59.2	(1960-1961)
Paraguay	(0)	33.4	10.8	32.9	59.4	(1965-1970)
Perú	(7)	32.0	(7) 7.6	(7) 60.2	54.0	(1960-1965)
Uruguay	(0)	22.4	9.7	(8) 59.9	68.5	(1963-1964)
Venezuela		36.8	6.8	46.9	66.4	(1961)

Año de información: (6) = 1966; (7) = 1967; (8) = 1968; (9) = 1969; (0) = 1970; (1) = 1971 y (2) = 1972; n.d. = No disponible.

FUENTE: Demographic Yearbook, 1972, ONU.

uno por cada 10,400 habitantes. Se estima, según los datos más recientes disponibles, que para atender las necesidades de 282.000,000 de personas que habitan los países de América Latina, se cuenta con 175,000 médicos, 56,000 odontólogos, 73,000 enfermeras graduadas y 230,000 auxiliares de enfermería (cuadro 13). Los seguros sociales con su extensión gradual y progresiva han sido factor importante 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 gran brecha entre la demanda satisfecha y la demanda sentida. Por lo tanto, es imperativo realizar programas más amplios, más generosos y más humanos que se proyecten fundamentalmente en las zonas rurales, cuyos habitantes requieren un apoyo solidario de las colectividades nacionales para la adecuada satisfacción de sus crecientes necesidades.

— Existen aproximadamente 13,900 establecimientos hospitalarios con un total de 870,000 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 de salud— el significativo aporte de los seguros sociales a los recursos para la salud en la región latinoamericana. En efecto, el otorgamiento de las prestaciones médicas con servicios directos, obligó a la creación de una red de ambulatorios o unidades de consulta externa, así como de hospitales de distintas magnitudes, que al sumarse a los de otros programas de salud, constituyen una infraestructura sanitaria más adecuada en algunos países del área.

Lo anterior pone de manifiesto que, a pesar de su incremento en cifras absolutas en los últimos años, los recursos de salud son insuficientes.

### 3.2 *Problemas específicos de las áreas rurales*

La situación expuesta, ayuda a destacar los principales factores condicionantes de la difícil situación porque atraviesan las áreas rurales, que son los siguientes:

— Agricultura empobrecida por deficiencias en la estructura agraria, por la fuerza laboral heterogénea, por la multiplicidad y complejidad de las sociedades agrícolas, por el aislamiento y dispersión geográfica de los núcleos de población y por el éxodo rural.

— Escasa productividad de las actividades rurales, ocasionada por el primitivo nivel técnico y aperos rudimentarios con que trabajan agricultores y artesanos.

— Creciente disparidad en el desarrollo y participación variable, con bajos porcentajes, en el producto interno bruto de los distintos países (cuadro 14).

— Subutilización de recursos humanos y alto nivel de subempleo rural.

— Bajos niveles educativos y programas inadecuados de educación, por incongruencias entre la formación escolar y las oportunidades y esperanzas de empleo en el medio rural.

— Bajos ingresos de los trabajadores agrícolas asalariados o independientes, que son, en forma global, considerablemente menores a los de trabajadores de otros sectores.

Cuadro N° 13  
PRINCIPALES RECURSOS DE SALUD  
PAISES AMERICANOS

PAISES	Número de personas con la profesión indicada (a)				Número de habitantes por médico (a)	Hospitales (b)	Camas (b)	Años de los datos que se reportan	
	Médicos	Dentistas	Enfermeras graduadas	Auxiliares de enfermería				(a)	(b)
Argentina	53,684	12,954	14,471	25,754	447	3,353	141,170	1969	1965
Bolivia	2,143	903	542	1,264	2,301	273	10,120	1970	1967
Brasil	47,250	26,611	7,798	84,603	1,953	3,830	354,373	1969	1970
Colombia	9,468	2,743	1,851	22,629	2,161	671	46,099	1971	1967
Costa Rica	910	246	1,073	2,377	1,879	46	6,220	1971	1968
Cuba	7,000	1,451	4,373	7,650	1,153	225	44,094	1968	1970
Chile	5,170	3,170	2,325	16,891	1,850	300	36,941	1969	1968
Ecuador	2,080	573	601	3,110	2,929	214	13,066	1970	1971
El Salvador	865	81	783	1,645	3,919	14	5,807	1969	1970
Guatemala	1,208	244	771	3,673	4,427	53	12,304	1971	1970
Haití	361	96	420	937	13,152	44	3,329	1969	1967
Honduras	780	158	290	2,048	3,445	38	4,376	1971	1970
México	25,602	3,463	9,000	40,000	1,846	4,721	69,494	1968	1969
Nicaragua	1,141	290	447	2,132	1,673	45	4,216	1969	1968
Panamá	1,006	156	1,120	1,895	1,466	43	4,570	1971	1968
Paraguay	1,386	410	286	1,518	1,618	145	4,492	1968	1968
Perú	6,870	2,167	4,110	13,200	1,917	282	29,510	1969	1967
República Dominicana	2,050	570	327	1,756	2,043	275	10,620	1971	1966
Uruguay	3,170	1,344	853	4,564	921	137	17,777	1971	1966
Venezuela	10,202	2,417	5,535	18,472	1,056	316	31,207	1971	1968

FUENTE: "América en Cifras", 1972, OEA.

Cuadro N° 14  
PARTICIPACION DE LA AGRICULTURA EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO  
EN PAISES AMERICANOS

1960 - 1972

Grupos de países	1960	1969	1970	1971	1972	Disminución absoluta	
						1960-72	1969-72
						(Puntos porcentuales)	
Más del 30%							
Haití	49.9	51.7	51.2	50.2	—	—	—
Honduras	43.8	37.7	37.2	36.9	36.2	7.6	1.5
Paraguay	36.5	31.7	31.0	30.8	30.7	5.8	1.0
Entre 20 y 30%							
Guatemala	30.3	27.3	27.3	27.7	27.9	2.4	0.6
Colombia	33.0	29.1	28.4	27.6	27.2	5.8	1.9
Ecuador	37.6	30.8	30.5	28.6	26.2	11.4	4.6
El Salvador	30.8	25.3	26.2	26.0	24.7	6.1	0.6
Nicaragua	26.5	25.0	24.5	24.4	23.8	2.7	1.2
Costa Rica	24.3	24.6	23.1	22.0	21.6	2.7	3.0
República Dominicana	32.8	24.3	23.4	22.5	21.1	11.7	3.2
Entre 10 y 20%							
Panamá	23.0	19.4	18.0	17.2	17.0	6.0	2.4
Brasil	23.2	17.6	17.0	17.0	16.1	7.1	1.5
Bolivia	22.3	16.3	16.2	16.3	15.9	6.4	0.4
Perú	24.5	18.5	18.7	17.7	15.9	8.6	2.6
Uruguay	14.3	15.3	14.8	14.8	14.6	0.3	0.7
Argentina	16.6	13.8	13.8	12.7	11.7	4.9	2.1
México	15.9	11.9	11.6	11.5	10.7	5.2	1.2
Menos del 10%							
Chile	11.6	9.2	9.6	9.2	—	—	—
Venezuela	7.3	7.5	7.4	7.1	6.9	0.4	0.6

FUENTE: Progreso Económico y Social en la América Latina, 1973, BID.

— Mayor pobreza y marginación de los beneficios de las instituciones sociales, que son motivo de condiciones de trabajo y de vida muy poco satisfactorias.

— Rápido crecimiento demográfico, que se traduce en mayores cargas familiares y sociales.

— Carencia de una infraestructura de salud y muy limitadas posibilidades para establecerla.

Los problemas anteriores deben considerarse en la urgente extensión de la seguridad social al ámbito rural, en donde por ser escasa la capacidad contributiva de la familia campesina, ha de señalársele la que sea posible y brindarle un apoyo inicial, mediante justa redistribución de los fondos económicos obtenidos por la solidaridad colectiva organizada de los sectores asegurados, a efecto de que al superar los escollos que dificultan su progreso, conforme vayan elevando sus condiciones de vida y de trabajo, se hagan copartícipes en el financiamiento del sistema mediante cotizaciones accesibles crecientes. Esto significa que el desarrollo socioeconómico y aumento de la productividad de la población agrícola tiene, entre otros, el propósito de liberarlos de sistemas limitados, insuficientes y anacrónicos de beneficencia social.

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

La extensión del campo de aplicación de la seguridad social al medio rural, plantea la necesidad de emprender investigaciones previas por grupos multidisciplinarios, sobre aspectos económicos, sociales, culturales, de salud y jurídico políticos. Detectada la problemática, valorados los recursos y determinadas las prioridades, se deben establecer las políticas de aprovechamiento o construcción de instalaciones, dotación de equipo, contratación, distribución y adiestramiento del personal necesario. Es recomendable tomar en cuenta a los miembros de las comunidades para sensibilizarlos y motivarlos para lograr su participación activa en la solución de los problemas que confrontan.

En todo esquema que se establezca, debe proyectarse un sistema ágil de información que permita evaluar la operación, para que los resultados estén de acuerdo con los objetivos previstos; ya que independientemente de los patrones escogidos, debe cuidarse siempre la eficiencia de los servicios prestados.

A continuación se mencionan investigaciones y estudios sobre aspectos primordiales, que se consideran indispensables como actividades inmediatas, antes de decidir el otorgamiento de las prestaciones.

Aspectos demográficos:

- Población urbana y rural.
- Estructura de la población por edad y sexo.
- Distribución de la población por tipo de localidades.

Aspectos económicos:

- Estructura ocupacional en el campo.
- Productividad agrícola.
- Consumo y producción 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 estas investigaciones hace posible encontrar procedimientos de extensión de la seguridad social a las áreas rurales, tomando como base las realidades encontradas y evitando las extrapolaciones de indicadores obtenidos en el medio urbano nacional o de otros países de mayor desarrollo económico.

Como aportación ilustrativa (Anexo 2) se presentan en 22 cuadros los resultados de los estudios realizados por la CEPAL, FAO, OIT y OEA, sobre tenencia de la tierra y desarrollo rural en Centroamérica; y en otros 14 cuadros, datos obtenidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social en relación con las investigaciones propuestas en este capítulo.

Es interesante observar que, en base a las características encontradas en los núcleos de población rural investigados, está justificado conceder prioridad a las prestaciones destinadas al cuidado y promoción de la salud, y solamente establecer algunas prestaciones económicas que puedan evolucionar de acuerdo con el desarrollo económico que la región vaya alcanzando y en base al progreso general de cada país.

#### **4. Estrategias de la seguridad social y nuevos esquemas de organización para otorgar prestaciones a la población rural**

Entre los principales problemas que plantea la extensión de la seguridad social al ámbito rural están los siguientes:

- Dispersión de la población.
- Deficientes medios de comunicación.
- Bajos niveles socioeconómicos y educativos.
- Altas tasas de morbimortalidad y perfiles negativos en el panorama de salud.
- Elevados índices de analfabetismo.
- Sistemas de organización de carácter tradicional, con baja productividad económica.

— Problemas en la construcción, funcionamiento y aprovechamiento de las instalaciones para servicios de salud.

— Problemas de adiestramiento y contratación de personal médico, paramédico y auxiliar.

— Coordinación incipiente entre las instituciones responsables de la salud.

— Complejidad administrativa y costos de operación elevados.

Al analizar globalmente estos problemas e interrelacionarlos, es posible visualizar una estrategia con un enfoque de extensión gradual en cuantía, en tiempo y en espacio. Cuantía en relación al monto de prestaciones, con programas mediatos e inmediatos en función del tiempo y cubriendo cada vez mayor espacio de un territorio nacional. La dispersión de la población, ostensible en el elevado número de localidades con pocos habitantes, exige la colaboración de índices que califiquen en escala nacional a todas las comunidades, determinando la posible elección o la eliminación temporal de cada una de ellas en los planes de extensión. De esta manera, al tener en mente el número de campesinos que se pretende incorporar a los beneficios de la seguridad social, es posible seleccionar regiones que ofrezcan mejores condiciones para la implantación del sistema. Para la selección de regiones, se consideran entre los factores determinantes de la potencialidad económica: las tierras, cultivos, productos agropecuarios, valor de la producción de los bienes primarios obtenidos y fuerza de trabajo aplicada, grado de mecanización, técnica de cultivo, empleo de fertilizantes y mercado, con lo que se determina el promedio mensual familiar o por persona, representativo del monto de capacidad para adquirir satisfactores de toda índole, lo que a su vez refleja el grado de nivel de vida o bienestar. Lo anterior permite la zonificación de un país y el establecimiento de un programa dirigido a regiones o áreas de trabajo, de cada una de ellas deben realizarse amplios estudios que comprendan: localización geográfica, superficie e integración territorial; características del medio físico y demográficas; el potencial humano productor de bienes y servicios; los recursos para la producción de bienes primarios, su valor y los ingresos; los problemas de salud y los recursos sanitarios, las características de la vivienda y sus medios de comunicación. 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 de gobierno en las que las instituciones de seguridad social deben participar de acuerdo con lo previsto por la planeación nacional. En aquellos sectores de actividad en los que no existe una definición precisa, se realizan las labores de la institución mediante convenios de coordinación o integración que permitan la convergencia de esfuerzos y recursos en una tarea común. Las acciones sociales, representan medios adecuados no sólo de divulgación y de motivación de los principios de la seguridad social, sino además permiten establecer formas de organización con tendencia al cambio de algunos patrones culturales, sobre los cuales pueda cimentarse la participación activa de los miembros de la comunidad, para lograr su propio desarrollo.

La extensión de las prestaciones de la seguridad social al medio rural, debe basarse en la concepción de principios, técnicas y métodos de operación adecuados a la población a que se dirigen, a fin de contar con prestaciones que resuelvan las necesidades más urgentes de la familia campesina, abatiendo los costos de operación, de manera que se puedan establecer cuotas accesibles de cuantía inferior a las que actualmente aporta el asalariado;

dado que la inmensa mayoría de los trabajadores del campo no cuentan con empleador y consecuentemente carecen de la ayuda en el pago de cotizaciones que la Ley señala para el sector empresarial.

El equilibrio financiero se establece mediante la selección de áreas, la que hace posible implantar el sistema en todas aquellas que representen la obtención de remanentes y en las que se permite la operación sin éstos o con desfinanciamientos previamente autorizados; con lo que se significa una política de extensión de la seguridad social no sólo a las áreas con recursos y equilibradas, sino también a las carentes de esos recursos y con marginación socio-económica.

Esta política permite la incorporación de aquella parte del sector rural, con capacidad contributiva mínima, extensión que es factible por el abatimiento del costo de operación, ofreciendo una cuantía y tipo de los servicios aceptable; pero al mismo tiempo conserva marginada a esa gran masa que se agrupa y constituye los polos de profunda marginación económica y social de los países latinoamericanos, parcialmente protegida por el esquema sanitario asistencial en el plano nacional. Las posibilidades de solución para estos últimos grupos parece resumirse en tres caminos:

- Esperar su desarrollo económico.
- Incrementar los recursos del esquema sanitario asistencial.
- Ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social.

La política que han adoptado algunos países ha sido la de ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social. La complementación de esta política de bienestar ha de romper las limitaciones de todo orden que impedían la concurrencia de las formas de apertura, para poder otorgar los beneficios del seguro social en la medida que los estratos de población pudiesen cumplir las obligaciones que implican y en esta forma, sin negar beneficios del sistema, no dar a nadie, en un momento dado, cargas económicas que no pudiese soportar. Se establece así, la viabilidad para instrumentar el número de mosaicos requeridos para la adaptación a las condiciones socio-económicas de las diferentes regiones en que se ubica cada grupo, mediante procesos graduales ininterrumpidos y cada vez más amplios; con la capacidad misma de penetración que ofrece el marco de sus pretensiones de llegar hasta los más débiles, mediante fórmulas que explícitamente circunscriben las aportaciones de éstos, sin tener que recurrir a su casi nula capacidad contributiva. Por lo tanto, es menester estructurar bases sólidas que permitan fundamentar esta decisión sin vulnerar el equilibrio financiero de las instituciones de seguridad social, en detrimento de sus finalidades primordiales. En consecuencia, los gobiernos deben asumir una mayor carga presupuestal tanto en el capítulo de inversiones, como en el costo operativo en sí; a su vez los seguros sociales deben destinar aportaciones sustanciales, legitimando de una manera más justa el esquema de financiamiento entre asegurados, en el cual los grupos sociales de elevado ingreso contribuyen decisivamente en el financiamiento de la seguridad social y hacen posible un avance en el desarrollo de las áreas rurales, al hacer efectiva la solidaridad social nacional.

#### 4.1 *Esquemas que amplían el campo de aplicación a las áreas rurales*

En su concepción original, como ya quedó señalado, el seguro social estuvo proyectado a la protección de los trabajadores asalariados. Después

de algunos años, con la experiencia adquirida y para cumplir el postulado de coadyuvar al desarrollo económico social, las instituciones se han ido apartando de esa concepción inicial para procurar la protección de todos los miembros de la sociedad; tal y como queda evidenciado en las resoluciones y recomendaciones de los organismos internacionales que participan en la coordinación de actividades de seguridad social en América, muy especialmente la Oficina Internacional del Trabajo y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. La población rural que en los países latinoamericanos constituye aproximadamente el 50% de sus habitantes, es importante fuente generadora de recursos nacionales; por eso, la extensión de la protección a los trabajadores agrícolas, considerando este término en toda su extensión, constituye la materia de gran número de nuevas disposiciones legales, algunas de las cuales han introducido modalidades especiales en el sistema de cobertura, como es el caso de las de Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Panamá.

En los últimos años se advierte en algunos países, avances de cierta importancia hacia el cumplimiento del principio de universalidad, incorporando a los trabajadores rurales, tanto asalariados como independientes. La práctica y la experiencia han sido apoyo importante en esta tendencia de extensión a las áreas rurales, adecuando los esquemas de aseguramiento a las particulares condiciones de cada grupo.

Los seguros sociales deben basar su estabilidad financiera en la mayor distribución posible de los costos de protección, lo que requiere que los sujetos amparados sean más numerosos; por lo que todas las mejoras a las prestaciones y las propias adiciones a las mismas, encuentran su posibilidad económica en la extensión del régimen a otros grupos no sólo del medio urbano, sino también del rural; ya que para dictarse las disposiciones legales respectivas, se realizan los cálculos actuariales necesarios a fin de que, a la par que se facilite el ingreso de un mayor número de personas mediante esquemas de prestaciones y financiamiento adecuados, se permita el apoyo a los regímenes establecidos, mediante una mayor recaudación y mejor distribución de los recursos.

Para ilustrar la situación actual del campo de aplicación de la seguridad social se proporciona un informe complementario, que presenta las reformas legislativas nacionales que han permitido la extensión horizontal, especialmente a las áreas rurales; con datos correspondientes a los cinco últimos años, que fueron utilizados en el Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social de septiembre de 1975 al tratar el tema "Adaptación de la Legislación para establecer esquemas jurídicos que propicien la extensión de la seguridad social, particularmente en el medio rural", actualizados con los resultados al respecto de la encuesta CPISS 1977. (Anexo 3.)

#### 4.2. *Acciones de la seguridad social para proyectar prestaciones básicas de salud y servicios sociales a las áreas rurales*

Para otorgar prestaciones a la población rural, con base en reformas legislativas recientes, algunas instituciones de seguridad social dan prioridad en sus estrategias de extensión al establecimiento de programas para otorgar servicios médicos y sociales básicos, realizando las siguientes acciones en las áreas rurales:

a) *Acción Comunal*

Proceso social caracterizado por una serie de actividades desarrolladas en diversas áreas por núcleos organizados de población, con el propósito de satisfacer sus necesidades económico-sociales; comprende un conjunto de métodos y técnicas de investigación y promoción sociales, que permiten identificar los problemas y necesidades comunales, definir las alternativas de solución y lograr la participación activa, consciente y organizada de la población en la realización de actividades.

Los objetivos que se pretenden son:

- Propiciar que los habitantes de las áreas rurales alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento.

- Desarrollar programas básicos de salud, tanto a nivel intrainstitucional, como en los ámbitos del hogar, laboral, escolar y comunal en general.

- Lograr la motivación, concientización y organización de la comunidad, para su participación activa en el desarrollo de programas para la promoción y cuidado de la salud.

- Fomentar en la población el sentido de solidaridad y de responsabilidad colectiva, en relación con su salud y el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y de vida.

Con esta finalidad, se realizan las siguientes actividades:

— Selección de Localidades.

- Para optimizar el aprovechamiento de los recursos disponibles y la extensión de los beneficios de las acciones de salud al mayor número posible de habitantes.

Criterio de Selección:

- Motivación, interés y participación demostradas por la población en los programas de salud.

- Número de habitantes (de preferencia seleccionar comunidades rurales mayores de 500 habitantes).

- Ubicación y accesibilidad.

- Posibilidades de ejecución de los diversos programas de salud.

- Integración de los programas de salud con otros programas en ejecución, de repercusión económica y social.

— Estudios Socioeconómicos.

Estudio de comunidades.

- Participación de la población en el estudio de la comunidad.

- Cédula de información básica y cuadros de concentración de datos de los estudios de comunidad.

- Información y análisis, en reuniones de campesinos de la localidad estudiada, de los datos obtenidos en el estudio de comunidad y de los principales problemas encontrados, con las posibles soluciones.

- Expedientes comunales. Integración de carpetas comunales con la cédula de información básica para el estudio de comunidad y con toda la documentación que registre los datos importantes en el proceso del desarrollo de las acciones comunitarias.

— Estudio Familiar.

- Información básica para estudio familiar.
- Información de Salud a nivel Familiar.
- Muestra para estudio familiar (una de cada cuatro familias).
- Concentración y análisis de datos.

— Organización de la comunidad para la salud.

Constituye el factor fundamental para lograr una verdadera participación social en las acciones de salud.

Consideraciones generales en relación con la organización comunal para la salud.

● La organización comunal como proceso de acción cultural debe tomar en cuenta, entre otros, los siguientes puntos:

Conocimiento de la organización actual comunal.

Información sobre la legislación agraria, particularmente de los aspectos relacionados con la organización agraria y el desarrollo social.

● El problema de la multiplicidad de grupos, los que dividen a las comunidades rurales, creados para muy diversos fines.

● La organización comunal para la salud, basada en la propia organización agraria.

● Reuniones de campesinos, para información sobre las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud y el papel de la comunidad organizada en el desarrollo de ellas.

● Elección del Secretariado Auxiliar de Acción Comunal.

Secretario Auxiliar de Acción Comunal.

Suplentes.

Vocales de: Saneamiento del medio, orientación nutricional y asistencia médica.

Saneamiento del medio.

Orientación nutricional.

Asistencia médica.

— Promoción de Obras y Servicios.

La promoción de obras y servicios de beneficio colectivo, con la participación organizada de la comunidad, constituye uno de los principios básicos del programa en su carácter de contraprestación proporcionada por la comunidad, respecto de los diversos servicios otorgados por la seguridad social.

Tipos de Obras y Servicios. Comprenden todos aquellos relacionados con:

- El saneamiento rural.
- La atención médica integral de la mujer y del niño.
- La detección, prevención y control de enfermedades transmisibles y degenerativas.

● Odontología preventiva.

● El adiestramiento de empíricos y capacitación de voluntarios de salud.

● La promoción económica y social en general.

Establecimiento progresivo del programa en cada comunidad.

En la promoción de obras y servicios es necesaria una clara comprensión de que las acciones comunales implican un doble proceso en la comunidad.

Un Proceso Físico:

El esfuerzo físico requerido para la ejecución misma de las actividades.

Un Proceso Mental:

Entendido el trabajo del hombre como la actividad racional encaminada a la producción de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades.

En este proceso mental, la comunidad participante debe tener respuesta clara a las siguientes interrogantes:

¿Qué se va a hacer?

¿Cuándo se llevará a cabo?

¿Cómo se va a realizar?

¿Cuánto tiempo y qué recursos serán necesarios?

¿Cuál es el objetivo y las metas que se desean alcanzar?

¿Dónde y quiénes?

— Coordinación interna y externa.

Para el desarrollo de las diversas acciones comunales, es necesaria la coordinación entre el personal que constituye el equipo de salud con otros programas gubernamentales que se realicen en el área y con las organizaciones existentes.

— Control del Trabajo Comunal.

Para fines de evaluación y fundamentalmente para que exista un claro reconocimiento de las actividades desarrolladas en cada comunidad, los Secretarios Auxiliares de Acción Comunal se responsabilizarán del control del trabajo realizado.

## b) *Promoción del Saneamiento Rural*

Objetivos.

● Lograr la transformación del medio ambiente para la obtención de condiciones favorables para la salud de la población, especialmente en los aspectos de disposición sanitaria de basuras y desechos, vivienda, abastecimiento de agua y control de fauna nociva.

● Promover un cambio de actitud en la comunidad y en el equipo de salud, en relación con el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio y su importancia para la salud.

● Ampliar el conocimiento de las características de las condiciones sanitarias del medio, en busca de mejores soluciones aplicables en el saneamiento rural.

Actividades.

● Eliminación de basuras y desechos.

● Disposición sanitaria de las excretas.

● Abastecimiento de agua para usos domésticos.

● Vivienda y anexos rurales.

● Control de fauna nociva.

c) *Atención Médica Integral de la Mujer y del Niño*

Objetivos.

- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna e infantil en el sector rural.
- Promover el óptimo desarrollo físico, psíquico y social del niño.
- Promover en la madre y el niño, a través de la educación, la incorporación de aquellos valores culturales que son fundamentales para el mantenimiento y conservación de la salud.

Actividades.

Programa de Salud Integral de la Mujer.

- Vigilancia profesional del embarazo, parto y puerperio.
- Planificación familiar voluntaria.
- Detección oportuna del cáncer.
- Detección y control de enfermedades venéreas.
- Detección y control de diabetes.
- Control de tuberculosis.
- Prevención de tétanos.
- Odontología preventiva.
- Programa de Salud Integral del Niño.
- Vigilancia y control de nutrición, crecimiento y desarrollo.
- Control y prevención de enfermedades transmisibles agudas.
- Prevención y control de parasitosis intestinales y de la piel.
- Control de fiebre reumática.
- Odontología preventiva.

d) *Odontología Preventiva en la Comunidad*

Objetivos.

- Incrementar y mejorar la atención odontológica en la población.
- Aplicar los métodos y técnicas de odontología preventiva, especialmente en la población infantil y materna.
- Educar a la población acerca de la prevención de enfermedades orales y el cuidado y fomento de la salud oral.

Actividades.

De Odontología Intrainstitucional.

- Detección oportuna de padecimientos orales.
- Educación individual y a grupos.
- Aplicación tópica de flúor.
- Aplicación de material sellante en fosas y fisuras.
- Remoción de caries y obturación.
- Remoción de tártaro.
- Remoción de restos radiculares.

De Odontología Preventiva Extrainstitucional.

- Educación para la salud oral.
- Detección oportuna de padecimientos orales.
- Aplicación del método de autoayuda.
- Remoción de caries y obturación con material de restauración inmediata.
- Remoción de tártaro.
- Remoción de restos radiculares.

##### **5. Objetivos y perspectivas en la extensión de las prestaciones de la seguridad social a las áreas rurales**

La seguridad social únicamente tiene sentido si se apoya en una garantía jurídica precisa, este criterio es indiscutiblemente válido en lo que se refiere a la extensión a las áreas rurales y, por ello, toda reforma en esta materia debe estar debidamente fundada en disposiciones legales claras y justas, cumpliendo con ello el postulado de justicia social, que es el objetivo fundamental de la seguridad social.

Las instituciones no pueden modificar su campo de aplicación ni las prestaciones a otorgar, si no están debidamente apoyadas en disposiciones legales que al establecer las facultades necesarias para cumplir su cometido y promover el avance y desarrollo de la seguridad social, requieren tener su apoyo en el hombre, su fundamento en la realidad y sus bases en principios eminentemente técnicos. Lo primero, porque sin el hombre concebido en su integridad, las normas pueden convertirse en leyes físicas o naturales, desvirtuando el perfeccionamiento social; lo segundo, porque las tendencias sociales hacia objetivos no realizables o con bases equivocadas, respecto a la verdad del individuo y de la sociedad, se convierten en utopía o en disposiciones inobservables, provocando una falta de equidad por exceso o por defecto; y lo tercero, porque se requieren normas con un análisis técnico profundo, para garantizar la estabilidad de las instituciones de seguridad social. Se pone de relieve el interés general por adecuar las legislaciones a las necesidades del individuo, para reflejarse posteriormente en la sociedad.

Se observa que algunas instituciones han ido extendiendo su campo de aplicación paulatinamente, con base en la realidad de cada país, sin pretender adoptar íntegramente las decisiones y legislaciones de otros países de la región.

Los procedimientos, así como los sistemas de cotización, se han ido adecuando a las prestaciones que se otorgan y a la capacidad económica de los grupos que se pretende proteger.

De las disposiciones legislativas americanas se desprende que tienen como objetivo primordial extender su protección, fundamentalmente a los sectores más necesitados, mediante adecuadas reformas a las legislaciones existentes, cumpliendo en algunos casos con el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo, que es la Norma Mínima de Seguridad Social, o luchando en otros por acercarse a ella.

La protección de grupos limitados, dejando al margen los sectores del medio rural, tiende a desaparecer con disposiciones que, saliéndose del cuadro tradicional del aseguramiento de los asalariados, se orientan a la protección de los trabajadores independientes, tanto en el medio urbano como

del rural y a la de los indigentes en uno y otro campo, de acuerdo con las posibilidades y recursos de las instituciones y del país y, en su caso, de la capacidad de contribución de los beneficiados del sistema.

Aún existen algunos regímenes que es conveniente modificar mediante adecuadas reformas legislativas, para establecer la protección a los familiares de los trabajadores cuando están excluidos de los sistemas, el mejoramiento de las prestaciones económicas y la reducción justificada de los requisitos para su disfrute.

Al lado de lo anterior se aprecia la existencia de disposiciones legales que denotan avances en las prestaciones de los asegurados, tanto en lo que se refiere a que la protección alcance a un mayor número de sus dependientes económicos, cuanto a que las prestaciones existentes se eleven en cuantía y en tiempo de disfrute y se reduzcan los requisitos legales para su obtención. En muchos casos se han creado nuevas prestaciones.

Estas mejoras en materia de seguridad social no deben impedir avances en lo que se refiere a disposiciones legales que permitan a las instituciones salirse de sus esquemas tradicionales de aseguramiento y de financiamiento, para crear otros que faciliten la extensión en las áreas rurales a grupos originalmente desprotegidos, con lo cual la norma jurídica, apoyada en los estudios técnicos necesarios, encontrará facilidades de aplicación dentro de un campo eminentemente humano y profundamente social.

Por considerar que los propósitos de este capítulo se encuentran compendiados en la Resolución número 78 de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, adoptada en su X Asamblea General celebrada en la ciudad de San Salvador en noviembre de 1974, Declaración de San Salvador, se transcriben a continuación los postulados de dicha resolución que mantienen plena validez actual:

#### “CONSIDERANDO:

— Que existe el consenso de que la política de seguridad social, depende de las características del desarrollo social y económico en cada país, que son las que permiten y regulan la extensión del campo de aplicación de las prestaciones y servicios de los seguros sociales a los diferentes sectores de la población.

— Que es evidente que los seguros sociales han sido un 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 muy numerosos en el medio urbano y sobre todo en el medio rural.

— Que en algunos casos el núcleo familiar continúa excluido o tiene prestaciones limitadas.

— Que la promulgación de nuevas leyes o reformas a las existentes en la materia, han dado origen a nuevos esquemas de protección que propician la extensión de la seguridad social a grupos de población hasta ahora desprotegidos.

— Que la legislación de la seguridad social debe ser congruente con los ordenamientos en materia de reforma agraria, políticas agropecuarias, crediticias, educativas y de salud y en estrecha vinculación con la legislación laboral.

— Que por las características ecológicas, factores epidemiológicos y condiciones sanitarias prevalecientes en la región americana, las prestaciones de salud deben ser prioritarias en la primera etapa de la extensión de la seguridad social, aprovechando mejor los recursos humanos y materiales de la infraestructura nacional de salud, mediante la adecuada legislación y organización de los servicios médicos.

— Que la nueva tendencia de la seguridad social americana contempla la creciente presencia de sectores de profunda marginación socioeconómica y casi nula capacidad contributiva, lo cual obliga a reorientar las políticas de solidaridad social y de financiamiento para acelerar la acción que pueda proporcionar un mínimo de protección a estos grupos.

#### ACUERDA:

1. Es conveniente recomendar a los países de la región americana, se acelere la elaboración de reformas legislativas o la promulgación de nuevas leyes sobre la materia a efecto de disponer del marco jurídico indispensable que prevea las alternativas posibles para la ampliación del campo de aplicación de los seguros sociales, estableciendo los sistemas de prestaciones y servicios, así como los sistemas de financiamiento compatibles con el desarrollo económico y social en cada país.

2. La atención de la salud del núcleo familiar, debe ser meta prioritaria en todo sistema de seguridad social.

3. La existencia de crecientes sectores de población marginados de los beneficios de los seguros sociales por su baja capacidad económica y casi nula capacidad contributiva, hace necesario reorientar los postulados de la extensión, buscando nuevos métodos de protección que hagan factible el otorgamiento de un esquema mínimo de prestaciones médicas y sociales para estos grupos, salvaguardando la integridad financiera de las instituciones de seguridad social y sin menoscabo de los derechos, la cuantía y la calidad de las prestaciones a la población asegurada.

4. El Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social debe continuar el estudio de los factores que limitan la extensión de la seguridad social y plantear soluciones, cuya difusión pueda servir de base a las instituciones americanas de seguridad social en sus planes de extensión. Con el objeto de complementar esta labor, ha de promover la realización de reuniones a nivel regional, para conocer y evaluar periódicamente los avances logrados en la extensión de la seguridad social a sectores de la población aún no protegidos, particularmente en el medio rural.”

El estudio y análisis de numerosos documentos que se refieren a tentativas y realizaciones para extender la seguridad social a las áreas rurales, pone en evidencia los esfuerzos de los países latinoamericanos, para elevar las condiciones de las personas que trabajan y viven en las zonas rurales que constituyen “el estrato más pobre de la pobreza mundial”.

Al reconocer que en lo económico y en lo social las áreas rurales tienen una gran trascendencia, se hace indispensable un planteamiento global que considere la interdependencia que existe entre la agricultura y las actividades no agrícolas de las zonas rurales, y también entre el sector rural y el sector urbano o industrializado.

A pesar de las características negativas que prevalecen en las zonas rurales, que han obstaculizado su progreso, debe admitirse que el sector agra-

rio es rama clave de la economía, de él procede en los países en desarrollo gran parte de la renta nacional y sus productos de amplio consumo satisfacen necesidades vitales de toda la población. Ha de entenderse que la aplicación de una política de desarrollo rural integral propiciará el progreso de la economía en su conjunto y el mejoramiento del bienestar de la población en general.

Debe favorecerse la acción que establezca las condiciones para promover el desarrollo y progreso de las comunidades rurales, mediante la creación de grupos organizados de los propios campesinos que sean corresponsables con los organismos estatales de la realización de programas que permitan, en los plazos más breves posibles, elevar sus niveles educativos, técnicos, sanitarios y culturales. Sin esa participación de los propios sectores rurales interesados, en la construcción de las obras materiales requeridas y en el aprovechamiento de los programas educativos y servicios sociales, se desperdiciarían los recursos que asigne en su apoyo la solidaridad nacional para los programas de una política de bienestar.

Como consideración final puede expresarse que las legislaciones de los países latinoamericanos han establecido igualdad de derechos y oportunidades para toda la población, pero se advierte el urgente imperativo de pasar a las actividades prácticas, para convertir esas disposiciones en realidad aplicativa, que dará una nueva dimensión a los programas de protección social, al permitir que la extensión de las prestaciones de la seguridad social a las áreas rurales, se constituya en alternativa racional para acelerar el impulso de cambio que propicie un equilibrado desarrollo económico y social.

#### BIBLIOGRAFIA

- ACCION DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, 1942-1974. RESOLUCIONES. Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. México, 1975.
- ANKER, DESMOND L.W. "PROBLEMAS Y ESTRATEGIAS EN MATERIA DE DESARROLLO RURAL". Revista Internacional del Trabajo. Vol. 88, Núm. 6. Ginebra, diciembre de 1973.
- BARROSO LEITE, CELSO. "EXTENSION DE LAS PRESTACIONES FAMILIARES A LA POBLACION RURAL". Ponencia del Secretario de Previsión Social de Brasil, a la Mesa Redonda AISS sobre las Prestaciones y los Servicios Familiares de la Seguridad Social. Colombia, 1977.
- BRETON, F. "CONDICIONES DE TRABAJO Y DE VIDA DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES EN SUDAMERICA". Revista Internacional del Trabajo. Vol. 94, Núm. 3. Ginebra, noviembre-diciembre de 1976.
- CEPAL, FAO, OIT, OEA. "TENENCIA DE LA TIERRA Y DESARROLLO RURAL EN CENTROAMERICA". Editorial Universitaria Centroamericana, EDUCA, 1976.
- FAO, OMS. "ASPECTOS EDUCACIONALES DE LA SALUD FAMILIAR Y EL DESARROLLO RURAL INTEGRADO". Informe sobre el Taller FAO/OMS. Mzumbe, Morogoro, octubre de 1975.
- FAO/UNESCO-OIT. "TRAINING FOR AGRICULTURE AND RURAL DEVELOPMENT". Publications Division, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome, Italy, 1976.
- Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. "ADAPTACIONES DE LA LEGISLACION PARA ESTABLECER ESQUEMAS JURIDICOS QUE PROPICIEN LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL, PARTICULARMENTE

- EN EL MEDIO RURAL". Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social Acapulco, México, 1975. Revista de Seguridad Social. México, marzo-abril de 1976.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. "SERVICIOS MEDICOS DE CAMPO Y SOLIDARIDAD SOCIAL". Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social. México, 1976.
- LA NUEVA LEGISLACION DE SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO. Seminario de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1977.
- MANTECÓN, LEOPOLDO. "EL SEGURO SOCIAL EN EL CAMPO". Boletín de Información Jurídica. Secretaría General del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, enero-febrero, 1974.
- MAUNDER, ADDISON H. "LA EXTENSION AGRICOLA". Manual de Consulta. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma, 1973.
- MOLES, RICARDO R. "ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA SEGURIDAD EN LAS AREAS RURALES". Revista Estudios de la Seguridad Social, AISS, Núm. 18. Ginebra-Buenos Aires, 1976.
- NOVELO, GASTÓN; SÁNCHEZ, ZAMORA R.; MANTECÓN G., LEOPOLDO; LECHUGA R., CÉSAR; MURILLO A., y ROMERO M., GUILLERMO. "NUEVOS ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA EXTENDER LA SEGURIDAD SOCIAL A OTROS SECTORES DE LA POBLACION, PRINCIPALMENTE EN EL MEDIO RURAL". X Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Salvador, 1974. Revista Seguridad Social, Núm. 92. México, marzo-abril de 1975.
- Oficina Internacional del Trabajo. "EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LOS TRABAJADORES DE LAS PLANTACIONES Y SUS FAMILIAS". Organización Internacional del Trabajo. Comisión del Trabajo en las Plantaciones, Cuarta Reunión. Ginebra, 1961.
- Oficina Internacional del Trabajo. "MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS ARRENDATARIOS, APARCEROS Y CATEGORIAS SIMILARES DE TRABAJADORES AGRICOLAS". Conferencia Internacional del Trabajo, Quinquagésima Segunda Reunión. Informe IV (1 y 2). Ginebra, 1968.
- Oficina Internacional del Trabajo. "MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS CAMPESINOS, TRABAJADORES AGRICOLAS Y OTROS GRUPOS ANALOGOS. EMPLEO, INGRESO E IGUALDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE". Décima Conferencia de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo. México, noviembre-diciembre de 1974. Informe II. Ginebra, 1974.
- Oficina Internacional del Trabajo. "EXAMEN TECNICO DE LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO RURAL REALIZADAS POR LA OIT DESDE 1965 Y SUGERENCIAS PARA LA ORIENTACION FUTURA DE LAS ACTIVIDADES DE LA OIT". Organización Internacional del Trabajo. Comisión consultiva sobre desarrollo rural, Octava Reunión. Ginebra, 1974.
- Oficina Internacional del Trabajo. "INGRESOS DE LOS TRABAJADORES AGRICOLAS CON PARTICULAR REFERENCIA A LOS PAISES EN VIAS DE DESARROLLO". Organización Internacional del Trabajo. Comisión consultiva sobre desarrollo rural, Octava Reunión. Ginebra, 1974.
- REYES HEROLÉS, JESÚS y colaboradores. "EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MEDIO RURAL". Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1976.
- SAVY, ROBERT. "LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL AGRO". Estudios y Documentos. Nueva serie, Núm. 78. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1972.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. SOCIAL SECURITY PROGRAMS THROUGHOUT THE WORLD, 1975. Washington, D.C., 1975.

