

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación 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.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

PROTECCION SOCIAL A LA
POBLACION RURAL

MEMORIA DEL CURSO

Del 10 de agosto
al 4 de Septiembre de 1981

CIESS
MEXICO - 1981



PROTECCION SOCIAL A LA
POBLACION RURAL

CURSO REALIZADO EN EL
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

DEL 10 DE AGOSTO AL 4 DE SEPTIEMBRE

1 9 8 1

PRESIDENTE DEL CIESS

Lic. Arsenio Farell Cubillas

DIRECTOR DEL CIESS

Dr. José Nieto de Pascual

ADMINISTRADOR GENERAL DEL CIESS

Lic. Margarita Rodríguez Soto

COORDINADOR DEL CURSO

Dr. Enrique Parra Dávila

PAISES REPRESENTADOS

- DOMINICANA
- EL SALVADOR
- HONDURAS
- MEXICO
- NICARAGUA
- PANAMA
- PERU

INSTITUCIONES REPRESENTADAS

- COORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS (COPLAMAR)
- INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
- IMSS - COPLAMAR
- INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD SOCIAL
- INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL
- INSTITUTO DE PREVISION MILITAR HONDURAS
- INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
- MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA
- SISTEMA INTEGRADO DE SALUD PANAMA

PROFESORES DEL CURSO

DRA.	ANA MARIA AHUATL	IMSS
DR.	SERGIO ALCANTARA FERRER	CEPAL
LIC.	JORGE BASTARRACHEA	IMSS
DR.	ARMANDO CORDERA	CIESS
DR.	LUIS FUENTES AGUILAR	UNAM
ANTROP.	LAURA ROSA GONZALEZ	IMSS-COPLAMAR
ANTROP.	ROSA MARIA LARA MATEOS	INI
DR.	JOSE LUIS LOZANO	IMSS-COPLAMAR
LIC.	GASTON MARTINEZ MATIELLA	IMSS-COPLAMAR
ENF.	MARIA TERESA MC. DERMIT	OPS
DR.	SERGIO MOJARDIN	IMSS-COPLAMAR
LIC.	SALOMON NAHAMAR	SEP
DR.	ENRIQUE PARRA DAVILA	CIESS
DR.	ARNULFO RAMOS FIGUEROA	IMSS-COPLAMAR
LIC.	EMILIO ROBLES	ONU
LIC.	CARLOS TOLEDO	IMSS
LIC.	ARTURO TORIZ	IMSS-COPLAMAR
LIC.	LIL AIDA TREJO DE TIBURCIO	CEPAL

LISTA DE PARTICIPANTES

Mario Alcides Padilla
Nueva Calle a San Antonio Abad
Reparto Bernal # 1 Casa No. 1
San Salvador, El Salvador
Tel.: 25-39-21

Jefe de Depto. de Inspección
Instituto Salvadoreño del
Seguro Social
Apartado 1404
San Salvador, El Salvador

José Antonio Alvarez Desdier
Monte Albán # 555
Col. Narvarte
México 13, D. F.
Tel.: 5-32-42-71

Asesor-Supervisor
Depto. Mínimos de
Bienestar Social del
COPLAMAR
Av. Revolución 1227
México 20, D. F.

Esther Alvarez Mestres
Río Churubusco 666 Edif. B-303
Col. Acapulco
México 8, D. F.
Tel.: 578-21-31 ext. 30 y 32

Asesor Auxiliar del
Area de Planificación del
IMSS - COPLAMAR
Dr. Velasco 132
Col. Doctores
México, D. F.

Generosa Fonseca de Berumen
Campeche 129
Frac. "Guadalupe"
Villahermosa, Tab.
México
Tel.: 3-08-56

Promotora Social de la
Delegación Regional del
Instituto Mexicano del
Seguro Social
Sandino y Usumacinta
Villahermosa, Tab.
México
Tel.: 22070 y 20787

Argimiro Cortés Esteban
Calle Torno # 137-B Depto. 102
Col. Sevilla
México 8, D. F.
Tel.: 768-01-41

Encargado del Programa de Educa-
ción para la Salud y Asesor del
Programa de Solidaridad Social
Depto. de Mínimos de Bienestar
Social del
Instituto Nacional Indigenista
Av. Revolución # 1227-2° piso
México, D. F.

Consuelo Chacón Valdez
Casiopea # 84
Col. Prado Churubusco
México 13, D. F.
Tel.: 581-43-24

Asesora del
Area Médico-Social
IMSS-COPLAMAR
Dr. Velasco 132
Col. Doctores
México 7, D. F.
Tel.: 548-20-99

Nelson Didiez Nadal
Calle Dr. Gilberto Gómez # 24
Santo Domingo, Rep. Dominicana
Tel.: 566-4479
Area Code (809)

Médico Nutriólogo del
Instituto Dominicano de
Seguros Sociales
Calle Pepillo Salcedo # 22
Santo Domingo, Rep. Dominicana

Teresita Hernández Ceballos
Farmacia 7 Sur 25 varas abajo
Managua, Nicaragua
Tel.: 5-00-69

Responsable del Depto. de
investigación Social del
Instituto Nicaragüense de
Seguridad Social
Apartado Postal 1649
Managua, Nicaragua

Regina Ensueño Herrera Antezana
Urb. Los Claveles C-3 la. Cuadra
León Velarde - Yanahuara Arequipa
Lima, Perú

Trabajadora Social del
Hospital Regional # 2 (Ex-empleado)
Instituto Peruano de Seguridad
Social
Casilla No. 1311
Lima, Perú

Julio César Herrera Delgado
Urbanización El Progreso
Santiago de Veraguas
Panamá, Rep. de Panamá
Tel.: 98-4568

Supervisor de Saneamiento
Ambiental del
Ministerio de Salud - Sistema
Integrado de Salud
Veraguas, Rep. de Panamá

Ruth Lacayo Blanco
Reparto Las Brisas
Manzana VI Casa # 26
Managua, Nicaragua
Tel.: 61468

Responsable del Departamento
de Coordinación del
Instituto Nicaragüense de
Seguridad Social
Apartado Postal 1649
Managua, Nicaragua

Javier Mariel Herrera
Palermo No. 28 int. 3
Col. Américas Unidas
México 13, D. F.
Tel.: 672-67-97

Asesor, Supervisor de la
Dirección de Solidaridad Social
COPLAMAR
Av. Revolución # 1227-2° piso
México 20, D. F.

Hugo Martínez y Rodríguez
Paseo de la Concordia # 73
3a. Sección Lomas Verdes
Estado de México
México
Tel.: 562-85-74

Asesor de Odontología de la
Coordinación General
IMSS - COPLAMAR
Dr. Velasco # 132
Col. Doctores
México, D. F.

Hery Mebius Arce
Cantón Santa Lucía
Jurisdicción de Ciudad Arce
Depto. La Libertad
San Salvador, El Salvador

Administrador
Instituto Salvadoreño del
Seguro Social
Apartado 1404
San Salvador, El Salvador

Andrés Avelino Medina Flores
13° Concepción 12 Calle
5 y 6 Ave. C-514
Comayaguela, Honduras
Tel.: 22-51-18

Jefe del Depto. de
Bienestar Social del
Instituto de Previsión Militar
Apartado 885
Tegucigalpa, Honduras

Luis Murillo Rivas
Villa Guadalupe
Calle A # 357
Panamá, Rep. de Panamá
Tel.: 67-1681

Director Médico del
Centro Médico Integrado en
Area Suburbana y Rural
Sistema Integrado de Salud
de la Provincia de Colón
Panamá, Rep. de Panamá

Paulino Pedro Oliva Ramírez
Francisco del Paso y Trancoso
66 int. C Depto. 2
México, D. F.
Tel.: 5-71-34-55

Supervisor Regional
Unidad de Construcción,
Conservación y Servicios
Generales de
IMSS - COPLAMAR
Dr. Velasco # 132
Col. Doctores
México, D. F.

Benjamín de Jesús Ramírez Ventura
Col. Las 3 Magnolias
Calle 2 # 12 Mejicanos
San Salvador, El Salvador
Tel.: 26-25-83

Jefe de Sección de Programación y
Control Administrativo-Económico
Depto. de Desarrollo Institucional
Instituto Salvadoreño del
Seguro Social
Apartado 1404
San Salvador, El Salvador

José Gilberto Rivera Mejía
13° Concepción # 1212
Tegucigalpa, Honduras

Auditor IV de
Auditoría Interna
Instituto de Previsión Militar
Apartado 885
Tegucigalpa, Honduras

Enrique Serra Rojas Beltri
Av. Cuauhtémoc # 981
México, D. F.
Tel.: 559-65-43

Asesor A de la
Coordinación General del
IMSS - COPLAMAR
Dr. Velasco # 132
México, D. F.

Víctor M. Serrálde Jiménez
Filipinas # 205-201 "B"
Col. Portales
México 13, D. F.

Supervisor del
Area Solidaridad Social
COPLAMAR
Avenida Revolución 1227-2° piso
México 20, D. F.

Jorge Armando Vázquez Cortés
Av. Ixtlaccihuatl 223
Frac. Volcanes
Cuernavaca, Morelos
México
Tel.: 584.79

Supervisor, Asesor
Dirección de Solidaridad Social
COPLAMAR
Av. Revolución 1227-2° piso
México 20, D. F.

INTRODUCCION

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social llevó a cabo el curso de Protección Social a la Población Rural con miras de capacitar a funcionarios de las instituciones de seguridad social americana, así como a entidades o instituciones latinoamericanas interesadas en este tipo de protección.

Al conocerse el alcance de la protección que los países están suministrando, unida a la experiencia, conocimientos e iniciativas de los participantes en este evento y con la guía de expertos en la materia, será posible encontrar soluciones adecuadas, o se afianzarán criterios que permitan avanzar con firmeza en los programas.

Por lo tanto, este curso se fijó como Objetivos Generales, que al término de éste, el participante pueda:

1. Describir el estado actual de los problemas y soluciones latinoamericanos en relación a la protección social del medio rural.
2. Identificar las variables que influyen en los programas de protección al ámbito rural.
3. Elaborar un esquema para ampliar la cobertura de protección social de un área rural.
4. Analizar, controlar y evaluar los programas de protección social al medio rural.
5. Investigar en forma permanente los problemas que se derivan de la operación de los programas de protección social en el ámbito rural.

La capacitación del educando se realizó con el siguiente Plan de Estudios:

1. El contexto bio-psico-social del ámbito rural latinoamericano.
2. Programas de protección social en el ámbito rural.
3. La seguridad social como esquema de protección social.
4. Trabajos prácticos.

El curso se inauguró el día 10 de agosto. El señor Dr. José Nieto de Pascual, Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social se dirigió con las siguientes palabras:

"Mayor Javier Rueda Velázquez, Coordinador General de Programa IMSS-COPLAMAR, Dr. Arnulfo Ramos, Coordinador Médico, Dra. Joan Levin de Vernaza que nos hace el favor de acompañarnos, compañeros del presidium y señores participantes:

Me complace darles la bienvenida en nombre del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social a este curso de Protección Social a la Población Rural. Conocen ustedes que el problema de la extensión de un régimen que originalmente se pensó para la fuerza de trabajo organizada en las urbes, presenta problemas especialmente complejos. La dispersión de nuestra población en América Latina hace que el modelo con el que se trabaja en la urbe en donde la concentración de la fuerza de trabajo, la concentración de los derechohabientes y asegurados del sistema de Seguridad Social, tenga características diferentes, la dispersión es un fenómeno común a todos los países de América Latina. En México, alrededor de 400 ciudades están por encima de 10,000 habitantes de un total que posiblemente esté cercano a las 85,000 localidades en el país. De esta manera tenemos un promedio por localidad que escasamente llega a 600 habitantes, en otros países sólo cambia la parte cuantitativa pero la cualidad del fenómeno es la misma, en Honduras por ejemplo, el tamaño promedio de la localidad fuera de las urbes es de alrededor de 25,000 localidades con tamaño de 150 por cada una de población. El problema pues, es muy grave. Sin embargo nos tenemos que enfrentar a él para poder hacer la extensión del régimen con modelos diferentes, con mecanismos diferentes y con un conjunto de acciones que realmente tienen que ser suigeneris. De ahí la importancia de este curso; es un panorama de las posibilidades que se ofrecen en países como los nuestros;

dispersos, pobres, mal educados, para llegar con un sistema de Seguridad y de Solidaridad Social a estas poblaciones marginadas algunas, otras lejanas y que no tendrían acceso con un seguro obligatorio, con un régimen obligatorio del estilo que se puede llevar a cabo en una urbe en donde la mano de obra está concentrada.

Nuestro problema es muy vasto y no se percibe una inmediata solución al problema, se percibe el esfuerzo en donde por necesidades propias de nuestros países se tiene que hablar de solidaridad, en donde los mecanismos de tipo financiero, las acciones de tipo médico, las acciones de Seguridad Social son diferentes, pero requieren de nuestra mayor atención. El fenómeno es muy grave, el fenómeno es muy profundo y necesitamos encararlo con toda la honestidad y con todo el buen juicio de que somos capaces.

Nuestros países tienen la versatilidad de su juventud, no estamos hechos todavía, estamos haciéndonos, de ahí que se puedan emplear fórmulas que tienen mucho de novedoso. Estamos inventando sistemas, algunos funcionan bien, otros regular, necesitamos evaluarlos y saber hasta qué punto son viables, pero tenemos capacidad de maniobra, no es un país hecho, cada uno de nosotros estamos haciéndolo, somos países en donde nuestra pirámide de edades es peculiarmente de la forma que tiene, de muy amplia base y de vértices muy escasos. Nuestra población en México, está constituida por jóvenes y por niños. En México uno de cada tres mexicanos tiene menos de diez años de edad y el 57% tiene menos de veinte años. Las demandas de esta sociedad construida de esta manera sobre cualquier sistema de cualquier índole que pensemos llevar adelante tiene que tener en cuenta esta condición, es una condición difícil por la extrema juventud de nuestras poblaciones.

Sin embargo, hay hechos que se van a relatar, hechos de la experiencia mexicana, de la experiencia salvadoreña, de la peruana y de varias otras entidades en donde el problema se ha enfocado de maneras diferentes pero teniendo en cuenta estos factores para ser viable una solución que nos sea válida y que nos sea propia, no es posible extra-polar soluciones de países en donde los medios, las realidades, son bien diferentes de las nuestras. De ahí pues que esto tenga gran condición de creatividad, tenemos que pensar y tenemos que resolver un problema sin antecedentes y ello nos presenta retos que son más importantes y que son de mayor trascendencia y posibilidad que si se tratara de una extra-población, de una solución que nos es extraña. Hay experiencias diferentes y vamos a compartirlas en este curso. Me complace que nos

acompañe esta mañana el Mayor Javier Rueda, antiguo amigo del Centro y que tiene a su cargo la coordinación general del programa IMSS-COPLAMAR, del que ustedes escucharán abundantemente en el curso. Es amigo nuestro de mucho tiempo y le agradecemos especialmente que haya podido encontrar un tiempo a pesar del esfuerzo que ello representa para estar con nosotros, se lo apreciamos especialmente a nuestro amigo el Mayor Rueda. Al Dr. Arnulfo Ramos, a quienes ustedes conocerán a lo largo del curso, también le apreciamos su presencia, es una de las personas que más ha contribuido con su experiencia y con su punto de vista a que el plan de trabajo de IMSS-COPLAMAR se esté llevando a cabo en las condiciones en las que ustedes podrán evaluar. Les deseo un intenso trabajo, un esfuerzo muy grande, bastantes días de desvelada, levantadas temprano, reportes que hacer, trabajo que absorber, experiencias que compartir y al cabo de esto quizás un espíritu nuevo, una serie de conceptos que los deben enriquecer; experiencias compartidas que a este Centro y a ustedes nos enriquecen por partes iguales. Bienvenidos, buenos días".

El mayor Javier Rueda Velázquez, Coordinador General del Programa IMSS-COPLAMAR, en su intervención, se dirigió así a los participantes:

"Dr. Nieto, compañeros, muchos ya somos conocidos, a los compañeros latinoamericanos, me uno a la bienvenida del Dr. Nieto.

En sí vale la pena y yo quisiera Dr. Nieto antes de retomar algunos de sus conceptos valiosos, yo sí quisiera definitivamente hacer mención a este esfuerzo de este órgano del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, como es el Centro Interamericano de Seguridad Social, de poder de alguna manera muy brillante, de alguna manera muy dinámica insidir en esto que consideramos pues es la puerta abierta a la solución de muchos problemas en todo el Continente latinoamericano.

Definitivamente la solidaridad social entendida como tal en su esencia misma en ese afán de realmente resolver problemas que han aquejado ancestralmente, básicamente a nuestros pueblos en Latinoamérica, tomada a la ligera, probablemente las soluciones sean de tipo paliativo, hace algunos meses en el VIII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social que tuvimos oportunidad de transmitir algunos conceptos sobre la experiencia mexicana, la verdad es que lo hicimos con el único afán de que ésto que para nosotros ya no es una experiencia sino ya es una realidad auténti

ca, forjada a base de esfuerzos específicos del Gobierno de la República, a base de ideas concretas de servir, de hombres que han percibido la problemática, como seguramente lo habrán percibido todos los líderes y los dirigentes en latinoamérica. De alguna manera la experiencia mexicana ya se ha concretado y se ha concretado con soluciones que van y rascan en el fondo mismo de los problemas, en la esencia misma de los problemas y hemos realmente encontrado un apoyo extraordinario en todas las gentes a las que va encaminado este extraordinario esfuerzo, se puede decir fácil, ha sido producto de muchos años de experiencias que se han ido aglutinando a través del tiempo unas a continuación de las otras para dar luz a este programa de Solidaridad Social que por ahora nos encargamos de coordinar los esfuerzos a fin de que tengan resultados positivos y ahora sí, retomando algunos de los conceptos esenciales, fundamentales, valiosos del Dr. Nieto; cuando percibimos que este problema en su raíz misma es similar en toda latinoamérica, solamente como hermanos de esta extraordinaria hermandad latinoamericana, solamente queremos poner al alcance de todos ustedes básicamente esta experiencia, de ninguna manera como comentaba el Dr. Nieto tratamos de que esta solución pueda ser extra-polada íntegramente en función de las necesidades propias de cada nación, de cada país latinoamericano, solamente queremos que ustedes de alguna manera conozcan cuál ha sido la filosofía, cuál ha sido la conceptualización específica, cuál ha sido el sinnúmero de acciones precedentes a la ejecución, a la operación, como ha sido la planeación fundamental para poder lograr e instalar un programa de Solidaridad Social, un programa que va mucho más allá, pues de la sola solución de los problemas de salud que de por sí han aquejado a nuestros países desde hace muchos, muchos años. Esta esencia misma en la que se apoya para proyectarse, esto es justamente lo que por nuestra parte queremos poner a la disposición de todos ustedes, insisto, de ninguna manera consideramos que esta experiencia mexicana debe darse exactamente en los mismos términos en los demás países, creo que es muy importante conocer la problemática a la que nos hemos enfrentado, es probable que en sus inicios hayamos tenido algunas desviaciones que la propia experiencia y la propia operación nos haya hecho que hayamos tenido que reencausar algunas decisiones o retomar algún concepto específico o apoyarnos en situaciones que para nosotros creíamos que ya habíamos superado, pues esta experiencia insisto, la queremos poner a disposición de ustedes en este curso en el que toma parte activa, lo organiza fundamentalmente el órgano de consulta, el órgano de coordinación específico del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, como es este Centro de Estudios. La preocupación constante del Presidente del Comité Permanente que coincide

en este caso con la dirección del Seguro Social Mexicano, esa preocupación de auxiliar a nuestros hermanos con estas experiencias que de alguna manera pueden auxiliarnos en la planeación de la solución de sus problemas particulares de cada país.

Por otro lado, considero también trascendente que sigamos estableciendo estos vínculos que de alguna manera nos están garantizando mantener esta hermandad latinoamericana, hemos estado varios días con el Dr. Luis Vader, como muy amigos de los compañeros responsables de la Seguridad Social de El Salvador, somos muy amigos de nuestros compañeros Hondureños, de los compañeros Nicaragüenses. Las relaciones están dadas, hemos tenido ya muchas, pero un sinnúmero de oportunidades de intercambiar opiniones, hemos recibido visitas de grupos específicos de algún país de Latinoamérica en donde pues obviamente se interesan por conocer la problemática a la que nosotros ya nos estamos enfrentando, también por qué no, hemos sido ese aparador en la que muchos compañeros, probablemente investigadores de algunas universidades específicas de Estados Unidos hayan venido y nos hayan inquirido sobre cuáles han sido los planteamientos, algunos probablemente lo hayan dudado, pero como todos los programas de esta magnitud a las que se está enfrentando México, pues obviamente no es fácil hacerlo porque los reductores surgen a veces a la vuelta de la esquina, pero eso nos alienta porque también sentimos que esa presión específica, esa falta de credibilidad en la esencia o en la conceptualización misma de la Solidaridad Social, pues es probable que muchas gentes no sean capaces de entenderlo, máximo si no viven las carencias propias con las que vivimos los latinoamericanos, pero creo que esto, el hecho de ser capaces de sentirnos compañeros servidores de la Seguridad Social de siete de ocho países de Latinoamérica, pues obviamente que tendremos que aprender mucho unos de los otros, el simple hecho de que México, y aquí tenemos muchos representantes conocedores de la Seguridad Social, del programa específico, no por el simple hecho de que estemos intentando un gran programa no quiere decir que no tengamos muchas cosas que aprender de otros países, estos intercambios de experiencias creo que son útiles para todos. Yo, en mi calidad de responsable ante el Seguro Social de la coordinación de este programa yo les ofrezco a todos ustedes cualquier acceso a la información, la que requieran, la que necesiten, las instalaciones mismas, nuestras unidades de atención médica, la problemática que cada una de ellas enfrenta, es un campo para en el que ustedes quieron explorar y está a la disposición de todos ustedes en la medida que nos lo requieran.

Por otro lado, vale la pena hacer mención de que a pesar de que esto no ha sido sencillo, el compañero costarricense en el último congreso comentaba una vez que planteamos la experiencia mexicana en cuanto a la solución de los problemas específicos relacionados con la salud, él comentaba en esa reunión cosa que ya queda completamente fuera de nuestro resorte, que somos servidores, ejecutores de una idea, de un programa específico, él comentaba que es te tipo de decisiones independientemente de cualquier cosa eran decisiones políticas de cada uno de los gobiernos para enfrentar ésto, pero pues, esta decisión política conlleva básicamente algo que el Dr. Nieto comentó casi al inicio de su intervención de estos grandes problemas financieros a los que nuestros países se enfrentan. Yo estoy seguro de que conocerán ustedes en el transcurso de este mes que van ustedes a estar juntos, conocerán cuanto ya en concreto puede costar a los gobiernos de nuestros países intentar un programa que pueda resolver, que pueda comentarse un momento, rascar en el fondo mismo de los problemas e intentar soluciones globales, soluciones que no se queden en la mera solución de un problema médico o un problema de salud específico sino que definitivamente trascienda más allá de esa mera solución que de por sí es muy importante pero que no son o no será en última instancia más que una solución paliativa a este enorme problema que solamente la ausencia de salud, es solamente una manifestante de las muchas que conlleva toda una serie de problemas a los que nos hemos visto sometidos.

Bien, a todos los compañeros como en forma personal lo que hemos comentado en unas ocasiones con el Dr. Luis Vader Landa, a todos ustedes, insisto, estamos a su disposición para lo que ustedes requieran absolutamente, participarán con ustedes como en calidad de profesores tanto el Dr. Ramos que es el coordinador médico del programa como el Dr. Mojardín que es nuestro jefe de planeación del programa, algunos elementos más.

El programa de estudios de este curso abarca una gran parte los programas de Solidaridad Social en especial el programa IMSS-COPLAMAR pues esto, en la medida en que vayan ustedes profundizando probablemente haya algunos detalles que haya necesidad de ampliar, las gentes del programa, los funcionarios del programa, desde este momento se encuentran enteramente a la disposición de todos ustedes para cualquier consulta o para cualquier requerimiento de alguna información específica.

Solamente pues, me resta desearles mucho éxito, desearles que al término del curso hayamos podido aglutinar alguna serie de conceptos fundamentales de apoyo, que hayamos logrado consolidar algunos conocimientos específicos, que hayamos podido analizar problemas concretos derivados de la operación de programas que en cada uno de los países se puedan dar dentro de sus comentarios a los que haya lugar algún tema en especial y sería muy interesante que al finalizar el curso si tienen ustedes alguna reunión final de evaluación nos invitaran porque nos interesaría conocer las opiniones de ustedes básicamente en lo que respecta a la Solidaridad Social Mexicana, como nuestros compañeros latinoamericanos nos pueden auxiliar como de qué manera pueden ustedes orientarnos en la solución de algunos problemas específicos a los que nos enfrentamos y que seguramente o probablemente en sus países es probable que ya los hayan resuelto. Creo que sería pues muy sano que después de estas cuatro semanas ya en esa reunión final, en un momento intercambiáramos algunas opiniones, porque sería sano para todos ver de qué manera seguimos estrechando los lazos de ésta que es una hermandad fuerte, poderosa, como es la hermandad latinoamericana. Después de esto, me permito hoy 10 de agosto de 1981 declarar formalmente inaugurado y con mucho gusto lo hago, el curso de Protección Social a la Población Rural y que sea para bien de toda latinoamérica. Muchas gracias".

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DÍA 10 DE AGOSTO

Reunidos en el aula IV del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social se presentó el ponente Dr. Enrique Parra Dávila quien pidió a cada uno de los participantes se presentara ante el grupo con objeto de conocernos entre nosotros.

Seguidamente y a través de un ejercicio se habló de la ayuda. Se dijo que la ayuda es un proceso social centralizado. Las personas que desempeñan algún servicio de trabajo, a menudo se ven a sí mismo como personas involucradas en la tarea de ayudar a otros. El ayudar se transforma en un "algo" de la vida personal y en un grupo de actividades que le dan significado y propósito a la vida profesional. El trabajador social que trabaja con la comunidad, el director de un programa, el consejero, el consultor, el médico, el maestro, etc., son personas que proporcionan ayuda.

Pero ¿es la ayuda algo provechoso? Para comenzar diremos que una persona puede tener motivaciones variadas por las cuales ofrece su ayuda. Tal vez el desea mejorar la labor de un subordinado, reducir su propia culpa, obtener gratitudes, hacer feliz a alguien o darle significado a su propia vida.

El receptor tendrá reacciones variadas; el sentirá gratitud, resentimiento o admiración; o se sentirá imposibilitado y dependiente de quien le proporciona la ayuda. Todos hemos notado que en ciertos casos el receptor se transforma en un individuo más imposibilitado y dependiente, menos capaz de hacer decisiones propias o más apático y pasivo. Por estas razones la ayuda, para que sea efectiva, debe llenar varios requisitos: otorgarse o recibirse en un clima de confianza recíproca, de crecimiento mutuo, de no crear dependencia. Oportunidad y discreción al otorgarla y, en alguna forma, detectar que sea solicitada.

Otro de los temas abordados por el Dr. Parra Dávila, fue el de la comunicación. A través de varios ejercicios se puso de manifiesto que la comunicación es uno de los procesos más importantes en las organizaciones, se le ha descrito como un sencillo problema de transmitir información de una persona a otra pero, las experiencias vividas, cuestionaron esta sencilla definición vimos la

comunicación en un sentido, la comunicación en dos sentidos, la comunicación escrita y la distorsión de la comunicación. Se habló de la ventana de Johari; las partes de esta ventana. El yo ciego, el yo abierto, el yo ciego y el yo desconocido. También se trataron los tipos de comunicación que se establecen entre dos personas y que son: la comunicación abierta, las fugas o revelaciones inconscientes, las confidencias u honestidad en la comunicación y el contagio emocional.

Se describieron los elementos que intervienen en la comunicación, que son: codificador o transmisor que a través de un canal emite un mensaje al receptor o decodificador y que en estos elementos puede existir lo que se conoce como ruido.

Otro de los temas tratados fue el "Feed-Back" o Retro información. Se explicó que el origen del término corresponde a las desviaciones que los técnicos de la astronáutica, por medio de sistemas electrónicas autodirigidas, aplican cuando las naves no están en el rumbo correcto y que ellos pueden corregir. Ya que uno de los objetivos principales de un curso es ayudar a los participantes a darse cuenta cómo una conducta afecta a los demás y viceversa: se vio la necesidad de establecer un mecanismo de retroinformación del grupo. Para que el feed-back sea aceptado, debe llenar los siguientes requisitos:

- Debe ser descriptivo
- Debe ser específico
- Debe ser dado en el momento propicio, no post-mortem
- Debe ser solicitado
- Debe ser claro
- Debe ser verificado por otros
- Y debe ser hacia aspectos que el receptor pueda modificar o cambiar

Posteriormente, se abordó el tema de necesidades humanas y necesidades sociales. Por medio de otro ejercicio, trabajando en tres grupos diferentes se destacó la similitud del resultado obtenido por los tres equipos. Estos resultados se asemejan a la jerarquía de las necesidades humanas descritas en la pirámide de Maslow, quien en su base identifica a las básicas, las corpóreas, siguen las de seguridad, protección, continuando a las de pertenencia social, siguiendo las de estimación (ego, status) y culminan en el vértice en donde se encuentran las necesidades de realización.

En otra pirámide, ideada por Brooks, Nisberg y Strong se representan las necesidades humanas estudiadas entre diferentes grupos de personas de color del noreste de los Estados Unidos. Estos autores encontraron: En la base la supervivencia, mantenerse vivo, seguidamente la necesidad de pasarla bien, divertirse, otra necesidad: Loar a Dios (rezarle), a continuación la de ir adelante, ganarle al blanco y, en el vértice, engrandecer la raza.

Seguidamente se explicó la Taxonomía de las necesidades sociales de Jonathan Bradshaw quien dice que, el cómo identificar las necesidades sociales es uno de los problemas cruciales a que se encaran los servicios sociales. El afirma que existen cuatro definiciones que son usadas por los investigadores:

- I. Necesidad normativa, que es aquella en la que el "experto" o profesional, científico social o administrador social define como necesidad en cualquier situación dada. Por ejemplo: el vacunar para evitar una epidemia.
- II. Necesidad sentida y no expresada, lo que es igual a "deseo" a "querer". La gente necesita ser interrogada para saber si lo necesita.
- III. Necesidad expresada o Demanda, es una necesidad sentida cambiada a la acción. A estas dos definiciones también se les dice necesidades del "cliente".
- IV. La necesidad comparativa. Es la medida con que se obtiene la necesidad, estudiando las características de la población que recibe el servicio.

Se explicaron los modelos de referencia y los modelos de pertenencia.

Por la noche, se establecieron las normas del grupo, se organizaron las comisiones coordinadora, la socio-cultural y Feed Back y la comisión de relatoría, cada una de estas comisiones formuló sus objetivos que serán en función de los intereses del grupo, se fijó el tiempo que cada una debe durar con el objeto de que todos los educandos participen activamente en todas y cada una de las comisiones.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 11 DE AGOSTO

Discusión de las normas generales del grupo y de las comisiones respectivas.

Ponencia: Diseño de una investigación social en el medio rural teniendo como expositor al Dr. Armando Cordera.

El diseño de investigación social propuesto, versó sobre el concepto salud-enfermedad en las comunidades rurales.

Se habló sobre tres tipos de atención médica, siendo ellos:

- a) El comercial-competitivo, que se lleva en países desarrollados y corresponde a las leyes de la oferta y la demanda.
- b) El administrativo-profesional, donde podemos encuadrar a México ya que el Estado es el que proporciona el 85% de la atención médica, dejando el otro 15% a la consulta particular.
- c) El democrático-consultativo, que es el proporcionado en los países socialistas. Este modelo se apoya en la teoría de Shusman quien investigó las características de las personas a punto de declararse enfermas, siendo estas las siguientes:
 - Socializan su enfermedad (qué hago)
 - Se recurre a personas a las cuales se les atribuye un liderasgo (familia, trabajo) (a quién ver)
 - Se ve a un médico o curandero (medicina de primer nivel)
 - Si la enfermedad persiste el enfermo se convierte en paciente y, al aliviarse, vuelve a socializar su enfermedad reintegrándose a sus actividades cotidianas.

Como siguiente punto se discutió el concepto de salud-enfermedad, definiendo tres conceptos de ésta siendo ellos:

Biológico, Psicológico y Social con las interrelaciones de estos, tomando en cuenta además dos categorías residuales como: yo no se lo que es la salud y yo no quiero contestar lo que es la salud. Habiéndose dicho que cada uno es excluyente.

Se habló de un Sistema de Salud el cual compone tres áreas interrelacionadas que son:

Salud, Atención Médica y Prestaciones Sociales (ver hoja 7).

Donde se marcaron los pasos para diseñar una investigación cuyos requisitos esenciales deben ser el Orden y la Coherencia. Para diferenciarlos del pensamiento común, siendo estos los siguientes:

1. La percepción del Problema, el cual según Gouldner, significa un estado de insatisfacción entre dos grupos ante hechos reales, presentes o anticipados que no permiten el cambio propuesto. Un grupo puede tener experiencias, conocimientos o expectativas que mientras no afecten a una contraparte es una queja. La contraparte tiene experiencias, conocimientos o expectativas que chocan con el primer grupo.
2. La recolección de datos (acopio de datos), a los cuales se pueden dar dos enfoques, el clínico y el ingenieril. Siendo el primero el utilizado en las Ciencias Sociales, el cual consiste en el cómo se inició el problema, cuáles son sus causas posibles, estudio Diacrónico, siendo sus variables independientes, determinando leyes, conceptos y teorías que afectan a la variable independiente, para llegar al momento actual (SINCRONICO).
3. Definición del problema, el cual se plantea generalmente en forma de pregunta.
4. Hipótesis, la cual se señaló como una propuesta de solución provisional o tentativa.

SALUD

Vivienda
Alimentación
Saneamiento
Agua Potable
Drenaje
Empleo
- Hombres
- Mujeres
- Horas de trabajo
- Vacaciones
- Contaminación
Mental (crímenes, robos,
etc.)
Social (accidentes, leyes,
econom.)
Comunicaciones
- Transportes
- Eléctricas



Medicina Preventiva
- Promoción de salud
- Conservación de salud
- Prevención de la enfermedad

ATENCIÓN MEDICA

Etiología
Diagnóstico
Tratamiento
Control

Enfermedades
- Agudas
- Crónicas
- Mentales

Asistencia
- Ambulatoria
- Domiciliaria
- Hospitalaria

Todo para
- Recuperar salud
- Controlar enfermedades
- Paliar enfermedades
CON CALIDAD DE VIDA
ACEPTABLE

Rehabilitación

PRESTACIONES SOCIALES

Seguro de enfermedad
Seguro de accidentes de
trabajo
Reeducación y Readaptación
Seguro de Invalidez
Seguro de Vejez
Jubilación
Maternidad
Asignaciones Familiares
Muerte
Créditos para vivienda
Créditos para educación
Préstamos
Vacaciones
Indemnizaciones



5. Justificación, la cual deberá llevar:

SIGNIFICANCIA: (la suma de la importancia y la pertinencia).

TRASCENDENCIA: (impacto que tendrá en la población).

VIABILIDAD: (que sea socialmente aceptada).

6. Objetivo, el cual se definió como el enunciado de un resultado claro, unívoco y preciso, factible y medible, de un resultado una vez que han terminado las acciones.

Por último se elaboró un formulario-encuesta para identificar el concepto salud-enfermedad en la población.

Actividades de la Tarde:

Organización y recopilación de datos de la situación rural de los países integrantes del curso.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 12 DE AGOSTO

Siendo las 8:00 horas, con la asistencia del señor Coordinador Dr. Enrique Parra y de los participantes del curso, se dio inicio a las actividades del día, con la presentación del becario de Panamá, señor Luis Murillo Rivas.

Se dio lectura a la relatoría del día anterior, la misma que fue aprobada, salvo algunas correcciones de estilo.

Seguidamente los compañeros de El Salvador, México y Rep. Dominicana expusieron las características específicas del medio rural, de los países mencionados. A continuación se hizo un ensayo sobre la manera de efectuar las encuestas, apreciándose los aspectos positivos y corrigiendo los negativos, posteriormente se procedió a elaborar las encuestas en la periferia del CIESS. Una vez efectuadas las encuestas se procedió a codificar la información tabulándose luego los resultados.

El procedimiento a seguirse para la tabulación, se discutió conjuntamente entre el coordinador y los alumnos. Se anexa modelo de la encuesta que se aplicó.

1. ESTA SANO
ENFERMO

2. ¿TIENE ENFERMO EN CASA? SÍ
NO

3. ESCOLARIDAD 0-2
3-6
MAS DE 6

4. ¿CUANDO SE SIENTE ENFERMO 1. AUTO
A QUIEN RECURRE? 2. LEGO
3. IRREGULAR
4. MEDICO P.
5. MED. INST.

5. ¿CON QUE SERVICIOS DE ASITENCIA MEDICA CUENTA SU COMUNIDAD?

6. ¿QUE ENTIENDE POR SALUD?

7. ¿QUE ENTIENDE POR ENFERMEDAD?

Nº PARTICIP.	Nº CLAVE	RESULTADOS OBTENIDOS POR ENCUESTADORES (12-8-81)																				TOTAL	NOMBRES	NACIONALIDAD													
		ENTREVISTADOS																																			
ENCUESTADOR.	ASIGNADOS	1		2			3				4				5					6				7													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z				AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI
. 1	001/010	7	3	3	7	1	2	7	0	0	7	3	2	6	0	2	3	3	2	2	0	0	0	0	0	3	2	2	3	0	0	0	0	0	70	J. Gilberto Rivera.	HONDURAS C.A.
. 2	011/020	6	4	3	7	3	3	4	1	0	3	4	2	10	10	0	0	2	0	8	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	80	HUGO RODRIGUEZ	MEXICO D.F.
. 3	021/030	8	2	7	3	2	6	2	3	1	0	4	2	3	7	0	0	3	1	2	0	0	4	0	0	3	1	2	0	0	0	4	0	70	NEILSON DIDIEZ	R.P. DOMINIC.	
. 4	021/040	7	3	3	7	3	5	2	0	0	0	5	5	5	5	0	0	3	3	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	70	PAULINO OLIVA	MEXICO D.F.	
. 5	041/050	6	4	2	8	2	7	1	1	0	0	4	5	3	6	1	0	2	0	0	0	2	2	0	3	2	0	0	5	0	0	70	ESTHER MELTRES	MEXICO D.F.			
. 6	051/060	9	1	2	8	0	2	6	2	0	0	4	4	6	2	2	0	0	3	2	1	0	1	4	0	1	3	3	0	0	3	0	71	EMERSON DB.B.	MEXICO D.F.		
. 7	061/070	10	0	0	10	0	0	10	0	0	0	1	4	7	3	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	1	0	70	CENSUALDO CHACON	MEXICO D.F.		
. 8	071/080	8	2	2	8	7	2	1	1	0	0	3	6	9	1	0	0	0	3	0	0	0	7	0	2	1	0	0	0	7	0	70	RUTH LACAYO	Nicaragua C.A.			
. 9	081/090	8	2	0	10	2	6	2	0	0	0	3	7	4	6	2	0	3	0	0	0	1	3	3	3	3	0	0	0	4	72	T. Hernandez C.	Nicaragua C.A.				
. 10	091/100	7	3	6	4	5	0	5	0	0	3	4	3	8	2	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	4	0	5	1	0	0	70	ENRIQUE SERRA	MEXICO D.F.			
. 11	101/110	2	8	3	7	4	1	5	1	1	7	1	0	7	2	1	0	3	1	2	0	0	4	0	2	1	3	0	0	4	0	70	ANDRES A. MEDINA	HONDURAS.			
. 12	111/120	9	1	4	6	2	5	3	0	0	0	5	5	5	1	0	4	3	3	3	1	0	0	0	0	5	2	1	0	0	0	2	70	Luis Muñillo	Panama C.A.		
. 13	121/130	8	2	4	6	0	0	10	3	2	0	5	0	9	1	0	0	9	1	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	0	1	0	70	BENJAMIN RAMIREZ	El Salvador C.A.		
. 14	131/140	7	3	0	10	2	6	2	0	0	2	8	8	8	1	1	0	7	3	0	0	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	70	M. ALICIA PADILLA	El Salvador C.A.			
. 15	141/150	8	2	0	10	1	9	0	0	0	0	1	9	6	1	3	0	4	6	0	0	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	70	Henry Mebius	El Salvador C.A.			
. 16	151/160	4	6	2	8	10	0	0	0	0	0	3	7	10	0	0	0	5	0	4	0	0	0	0	1	5	1	3	0	0	1	70	J. ANTONIO AVAREZ	MEXICO D.F.			
. 17	161/170	6	4	3	7	4	4	2	1	0	0	4	6	8	4	1	0	6	0	1	2	0	1	0	0	7	0	0	1	2	0	74	ARTEMIO CORTES	MEXICO D.F.			
. 18	171/180	6	4	2	8	1	4	5	0	0	0	4	6	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	9	1	0	0	0	0	70	REGINA HERRERA	EL PERU.			
. 19	181/190	8	2	7	3	2	8	0	7	2	0	1	0	9	1	0	0	7	2	0	0	0	1	0	3	5	0	0	1	1	0	70	VICTOR SERRAIDE	MEXICO D.F.			
. 20	191/200	9	1	2	8	0	4	6	0	0	0	3	7	5	3	2	0	5	1	0	2	0	2	0	0	6	0	1	2	0	0	70	J. VAQUEZ CORTES	MEXICO D.F.			
. 21	201/210	5	5	3	7	2	3	5	0	1	3	6	0	3	3	4	0	7	1	1	0	0	0	0	0	6	0	1	3	0	0	70	J. MARIS HERRERA	MEXICO D.F.			
TOTAL		118	57	58	51	53	77	80	20	7	16	79	52	137	65	17	6	91	30	38	12	0	12	24	4	104	29	29	10	3	7	20	9	1487			

VALENDO POR
I.E.R.M.
HONDURAS
C.A.

Coordinador
Retro-ALIM.
C.A.S.A.A.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 13 DE AGOSTO

1. Se hizo la relatoría del día anterior.
2. Se explicó la forma del vaciado de los datos recogidos por la encuesta y el concentrado general de los mismos.
3. Se presentaron datos de la situación socio-política y económica de la República del Perú.
4. Así mismo se hizo lo propio con la República de Honduras.
5. Más adelante se presentó la ponencia: "Factores geográficos y su influencia en el medio rural" expuesta por el Dr. Luis Fuentes Aguilar.

En ésta se analizaron los factores geográficos como la topografía, suelo, clima, bioma, todo lo cual constituye el nicho ecológico y su influencia en el medio rural.

Para efectos de llevar acciones a dicho medio primero debemos conocerlo para tomar alternativas de solución y tomar siempre en cuenta lo que uno lleva y la reacción de quien recibe la acción, siendo esto último lo fundamental.

Analizando uno de los elementos que debemos conocer, se dijo que la vocación del suelo consiste en el equilibrio de éste con el clima y la vegetación para hacer uso conveniente del mismo.

En el medio rural se consideran tres tipos de regiones: la homogénea, la polarizada y la de refugio.

- a) La homogénea, es la región en la cual se encuentra un bioma semejante, es decir una flora dominante.
- b) La polarizada es una localidad central alrededor de la cual gravitan cierto número de comunidades donde se concentran las principales actividades de la región.

- c) La de refugio está constituida por un centro ladino o mestizo y a su alrededor cuenta con una población indígena. En este tipo de regiones se dan relaciones tanto de clase como de casta.

Se habló de la familia como una unidad de producción habiendo una división del trabajo entre edad y sexo. Además se dijo que la mujer no es reconocida como fuerza de trabajo únicamente sino también como reproductora de la fuerza de trabajo.

Mas adelante se mencionó acerca de los cargos religiosos y de prestigio, señalando la gerontocracia como el sistema rector de algunas zonas indígenas y que rigen todas las actividades de la comunidad, como el tequio, la guelaguetza y los servicios, etc.

Se habló también de los criterios para analizar a la población rural, manejándose criterios cuantitativos (menos de 2,500 habitantes) o considerándola como aquella población que se encuentra en un espacio cultural dedicándose a las actividades netamente agropecuarias.

También se presentó un esquema en el cual se trataba de comparar las características de la población rural en contraposición con la urbana, pero haciendo hincapié en que dicho esquema es muy engañoso.

RURAL	URBANA
-Actividad agropecuaria	-Actividad servicios
-Densidad (menos de 2,500 habitantes)	-Densidad (más de 2,500 habitantes)
-Carece de servicios	-Tiene todos los servicios
-Bajos índices de bienestar	-Mayores índices de bienestar

6. La segunda ponencia fue presentada por la Lic. Lil Aid Trejo de Tiburcio versó sobre las "Características fundamentales económicas y demográficas del medio rural".

Empezamos la plática con las tendencias demográficas las cuales son muy cambiantes año con año dado por el comportamiento de las tasas de mortalidad y de fecundidad.

La estructura de la población es el resultado del comportamiento demográfico de nuestras poblaciones de hace muchos años.

Se mostraron algunas transparencias en las cuales se analizó la situación actual de la morbilidad y natalidad de la población de algunos países de América Latina.

Se habló además de algunos criterios para diferenciar la población urbana y rural, añadiendo que no corresponden a la realidad y son los siguientes los criterios urbanos:

- a) Numérico (más de 2.500 habitantes).
- b) Se cuentan con todos los servicios urbanos.
- c) División administrativa.
- d) Cuenta con un gran porcentaje de la población económicamente activa.
- e) Por simple decreto.

Algunos autores consideran que la población rural es la diferencia entre la población total menos la población urbana.

Se expuso sobre tasas brutas de mortalidad y natalidad donde se toma en consideración a toda la población y las cuales son muy engañosas.

También se mencionó de tasas específicas que son más precisas y siempre se hacen por grupos, sexo, edad, etc., y se dirigen a un grupo determinado.

Mas adelante se dijo que las tasas de crecimiento varían en dos sentidos: aumentan por nacimientos e inmigración o disminuyen por defunciones y emigración.

Se habló que la fecundidad considerada entre los 15 y 49 años de edad, se mide mediante la frecuencia de la reproducción femenina en un período determinado.

Como una de las características principales de la población rural se citó su gran dispersión.

Mas adelante se consideró al desarrollo como un concepto integral que abarca lo económico, social, político y cultural diciendo que el desarrollo se mide por el bienestar y uno de los mínimos del bienestar es la nutrición, es decir que un país debe tener un mínimo de alimentación, así como de educación, salud y vivienda.

Para concluir se abrió un espacio para preguntas y respuestas, dándose contestación a todas las que se formularon, en forma amplia y amena, prolongándose por espacio de una hora y satisfaciendo las inquietudes de los participantes.

Por la tarde, se continuó el trabajo individual y/o grupal relacionado con el análisis situacional de los programas de protección social rural del país del educando.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 14 DE AGOSTO

Empezaron las actividades del día con el relato del día anterior, el cual fue aprobado después de algunas observaciones.

Ponencia de "La seguridad social como instrumento de protección social a la población rural", por el Lic. Carlos Toledo.

Se inició haciendo un señalamiento acerca de la seguridad social, como un aspecto de la protección social. Indicando que la seguridad social es la protección del individuo en contra de los riesgos y que lo debe otorgar el estado como contraposición a la protección social, que trata de proteger a todo el grupo, como derivado de la justicia social.

La justicia social se debe dar a cada uno de los miembros de la comunidad según: lo que necesita, por lo que ha dado y lo que la sociedad le debe proporcionar.

Conviene dar al sector rural lo que en justicia requiere y como primer elemento debemos darle ese arraigo a su tierra; ya que para asegurar la producción es proporcionándole su tenencia. El segundo elemento es contar con los medios indispensables para hacer lo producir, tercer elemento, capacitación del campesino, cuarto, seguridad material en contra de los fenómenos naturales, quinto, sistema de salida de producción a precios razonables, sexto, precios razonables para los insumos y séptimo, la seguridad social individual del campesino en cuanto a casa, vestido, alimentación, etc.

Todos estos elementos constituyen la base de atención al campesino; y para darle eso, debe reglamentarse conforme a un sistema jurídico nacional, a través de procedimientos y vigilancia del cumplimiento de las leyes, garantizando créditos, evitando agiotismos y que no exijan más allá de lo que pueda dar el campesino.

El Banco de Crédito Rural ofrece la ventaja: Que ejerce el control general del crédito y como desventaja el burocratismo del mismo, ya que no existe cuidado, para las recuperaciones.

La banca privada exige demasiadas garantías, que van más allá de lo que el campesinado pueda ofrecer. Existiendo por tanto sistema de seguros de sector oficial y de la banca privada.

Se indicó también que existe un sistema de salida de la producción agrícola en México (comercialización y distribución de la mercancía) a través del sistema CONASUPO.

En relación a la educación, se dijo que si la población de las comunidades no sabían leer, no podrían tener una comunicación con la población del exterior por lo cual debía dárseles instrucción y fomentar el mejoramiento intelectual.

Se dice que la seguridad social se le brinda a los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, como a trabajadores independientes, es decir que no dependen de ninguna persona jurídica y moral. A estos su esquema de seguridad social es:

1. Por riesgo de trabajo
2. Por invalidez y vejez y
3. Por enfermedades de maternidad

Y esto lo adquieren de la manera siguiente: la banca privada les da créditos y los afilia al IMSS, también la Ley General de Crédito Ejidal, brinda préstamos a través del Banco de Crédito Rural a los campesinos organizados en más de tres, con maquinaria e insumos.

Habló acerca del esquema modificado del IMSS, diciendo que brinda asistencia médica y ayuda en gasto de entierro, pensiones, invalidez, vejez y muerte. Hay otro sistema que se da a través del convenio IMSS-COPLAMAR por trabajos comunitarios por medio de la solidaridad social.

El tema: "Atención de la salud y aspectos antropológicos de la comunidad" fue abordado por la Antropóloga Rosa María Lara.

Se indicó que existen 56 grupos indígenas en México con un total de 9,000.000 aproximadamente y se consideran 391 grupos indígenas en Latinoamérica con un total de 26,000.000.

Se dijo que en nuestros países de América, conforme al proceso histórico, la autenticidad se da a través de nuestras culturas

prehispánicas. Se mencionó que en virtud de su situación económica marginada, no les permite participar de los beneficios del sistema social occidental.

El concepto de ETNIA es:

Una unidad étnica, de magnitud variable, lingüística y culturalmente con una conciencia determinada de su existencia más precisamente de identidad; y sus elementos constitutivos son:

- a) Autoperpetuación biológica y cultural
- b) Territorio y pasado común
- c) Identidad
- d) Reconocimiento externo

Indicando que las ETNIAS pueden ser los grupos de indígenas ruros, mestizos, etc. Se dijo que la cosmovisión es la explicación mágico-religiosa del mundo y sus manifestaciones.

Se indicó que CULTURA es:

La respuesta al medio ambiente para transformarlo o dominarlo y poder satisfacer sus necesidades. Se vertió el concepto de relativismo cultural como el reconocimiento por igual a todas las culturas en contraposición al etnocentrismo.

Se dijo que todo grupo humano tiene una organización propia y que ésta puede ser por gerontocracia, religiosa y por consejo supremo.

También se mencionó que existen tres clases de líder:

- 1. El formal institucional
- 2. El natural y
- 3. El encubierto

Se señalaron dos fuerzas antagónicas que son las del cambio y la del Stato Quo.

En cuanto a ORGANIZACION SOCIAL:

Se dijo que existe una tipología de estructura familiar la cual es extensa en contraposición con la nuclear de las zonas urbanas. El prestigio del grupo se da por la solidaridad y no por el dinero.

Se dijo que el concepto de ENDOCULTURACION:

Significa la educación informal de padres e hijos y que es el patrón básico conductual. Otro factor de organización social es el ciclo de vida de la familia y que se necesita conocerla para ver su situación biológica. Se indicó que en algunos grupos de indígenas sus relaciones de poder son por línea materna y en otras se dan por línea paterna.

Las necesidades del grupo son:

- a) La reales, como las que el grupo necesita
- b) Las sentidas, las que el grupo quiere
- c) Las estratégicas, las que aprovechamos por medio de una necesidad sentida y se está dando solución a una necesidad real.

El trabajo comunitario para la solidaridad social se divide en tres tipos: Cooperación, ayuda mutua o mano vuelta y por servicios.

Mas adelante mencionó el concepto de medicina tradicional, diciendo que es el resultado de la fusión de elementos y conocimientos de magia, de religión que se conjugan para el tratamiento y recuperación integral (B P S) de la salud, con el ser humano. Coincide con la magia en la búsqueda de fines reales y difícil de la medicina occidental en el uso de medios simbólicos y no reales. Se asemeja a la religión en el uso de medios simbólicos distinguiéndose en los fines ideales de la religión y reales de la magia.

La medicina tradicional se diferencia de la Occidental en la conceptualización del Binomio Salud-enfermedad, la relación médico-paciente y el diagnóstico-tratamiento.

Se vio una película titulada "Brujos y curanderos", la cual versó sobre medicina, magia y religión, en el área de San Andrés Tuxtla, Catemaco, Edo. de Veracruz.

La ponencia: "Problemas económicos de la población rural latinoamericana", fue dictada por el Dr. Emilio Robles.

Se mencionó que la actividad agropecuaria tiene una dependencia condicionante del fenómeno natural que otros sectores, indicando que las plantas y animales desarrollan el proceso productivo y que el hombre lo acelera.

Se habló de un enfoque geográfico donde la naturaleza condiciona el proceso de producción. Hay regiones avanzadas y atrasadas dependiendo de los recursos naturales que poseen.

Otro elemento que debemos tomar en cuenta es la organización social que el hombre se ha dado y que puede adaptar las cuestiones naturales a su desarrollo.

Dentro del sector rural de nuestros países encontramos una gran diversidad de organización social, abarcando desde organización capitalista avanzada hasta tipos de organización precapitalista. Así mismo se dijo que el desarrollo histórico es el resultado de las acciones humanas.

Se mencionaron algunos modelos de desarrollo como el "Desarrollo hacia fuera", "Sustitución de importaciones".

El modelo del dualismo económico en la sociedad tiene dos sectores, uno avanzado y otro atrasado y proponía que para que éste se desarrollara se tenía que seguir los pasos siguientes:

- a) Que el sector rural proveyera de materias primas al sector avanzado.
- b) Produjeran divisas por la exportación.
- c) Produzca alimentos a bajo precio para mantener bajos los salarios.
- d) Que el sector rural proporcione trabajadores al sector urbano, aumentando la productividad en el campo.

También se habló de la revolución verde que no es otra cosa que la aplicación a la agricultura de técnicas biológicas, químicas y mecánicas.

Los modelos de desarrollo son concentradores del ingreso y esto genera un perfil de demanda que hace que el sector rural se adapte al perfil urbano.

Por la tarde se continuó en el trabajo grupal y/o individual.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 17 DE AGOSTO

Se inició con la plática de la relatoría del día anterior.

Posteriormente se continuó con el conocimiento de los medios de protección social en la República de Nicaragua, donde se dio a conocer sus actividades, económicas y sociales, así como algunas de sus problemáticas.

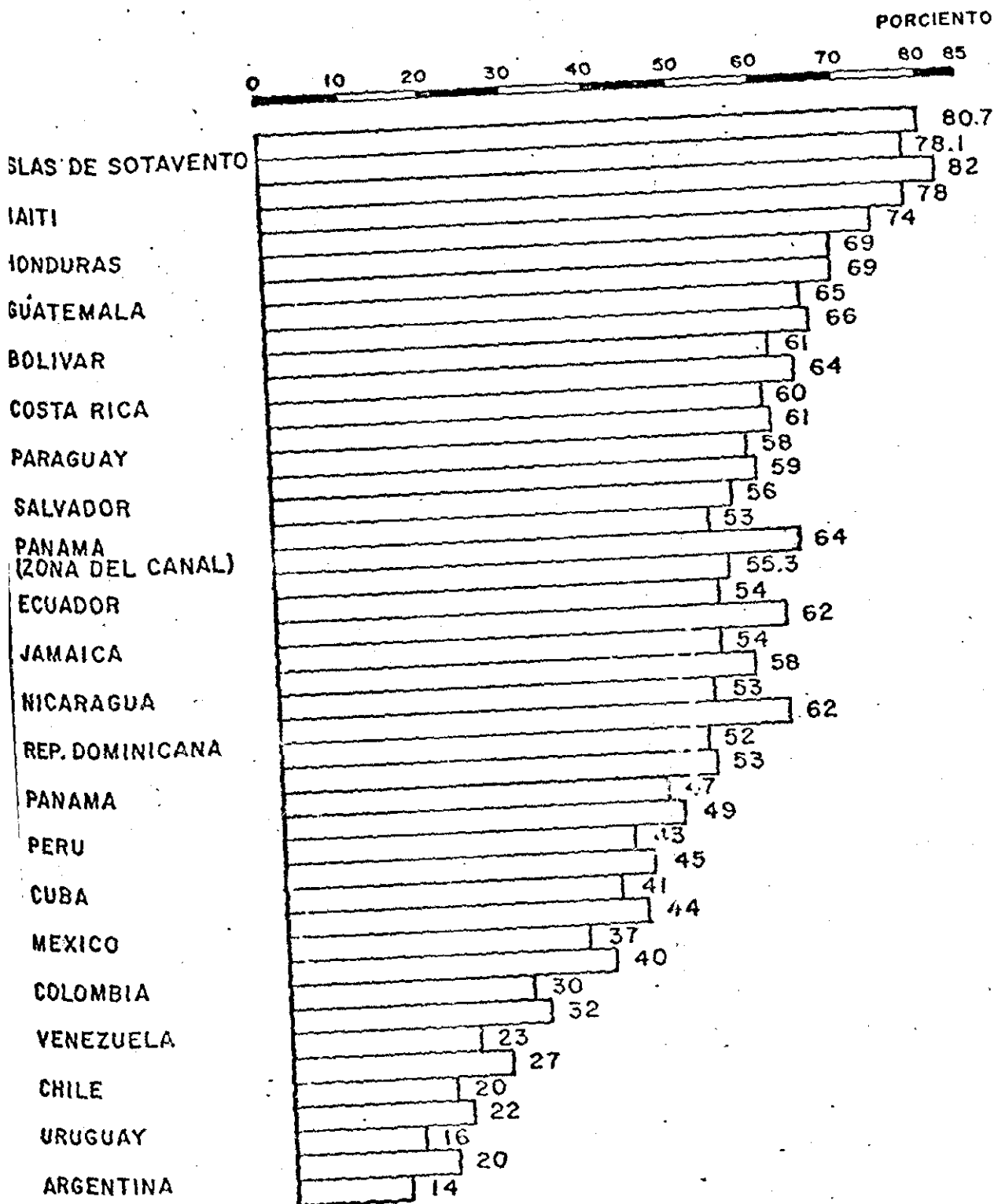
A continuación la Dra. Ana María Ahuatl.

CARACTERISTICAS SANITARIAS DE LA POBLACION RURAL

Es conveniente en primer lugar definir el concepto de ruralidad, el censo de los Estados Unidos Mexicanos, dice que se considera rural a la población que vive en comunidades de menos de 2,500 habitantes 1/ coincidente con el parámetro fijado por los Estados Unidos, Argentina y Guatemala, fijaron como límite menos de 2,000 habitantes, Colombia y Panamá, menos de 1,500 habitantes, Honduras y Venezuela menos de 1,000 habitantes. Otros países fijan otros parámetros, Chile considera como base la densidad en kilómetros cuadrados para este caso 10-20 habitantes por Km², algunos países prefieren definir población rural, como lo que no cuenta con servicios públicos (servicios sanitarios y luz eléctrica 2/ como se observa estos parámetros son fundamentalmente cuantitativos y en base a servicios básicos, otros parámetros que se pueden fijar son: administrativos (selección de una población como muestra), y población económicamente activa que se dedica a la agricultura, aquí debemos hacer una reflexión sobre los datos publicados como dice Fernández Cantón 3/ "el primer problema del censo es la determinación del marco conceptual (concretamente las definiciones utilizadas para ejidatarios y trabajadores familiares no remunerados). Se define ejidatario toda aquella persona que cumpla como requisito el poseer parcela individual, tener en su poder los títulos ejidales correspondientes y haber obtenido la mayor parte de sus ingresos del producto de la tierra, pero en este país existen ejidos organizados donde laboran ejidatarios que por la índole de su organización no tienen "parcela individual"; a los comuneros legalmente no se les otorga título de propiedad; hay ejidatarios que trabajan la tierra pero no como actividad principal, existe arrendamiento "ilegal" de parcelas, trabajadores fa

PORCIENTO DE POBLACION URBANA Y RURAL POR PAISES 1970-1980

ANEXO # 3



1970 

1980 

miliares no remunerados (un 3% de la población ocupada total tiene entre 6 y 11 años), con esto se han dejado de captar, un millón cuatrocientos mil trabajadores". Hasta aquí lo publicado por esta autora, pero que es un problema común no sólo en México, sino a los países en vías de desarrollo, los datos anteriores sólo han querido ejemplificar las dificultades para establecer comparaciones entre los países miembros del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, pero por ser los únicos datos disponibles, a continuación se muestra un cuadro que observa la proporción publicada por los países de su población rural. (Anexo 3).

En consecuencia las condiciones sanitarias del medio rural, de ninguna forma deben ser abordadas con un criterio eminentemente descriptivo, sino debe tener una concepción estructural, para que se estudien las características como un todo, en el cual las partes son interdependientes. Es necesario por lo tanto, referirse a la totalidad social para comprender cualquiera de sus aspectos. Según este criterio debemos estudiar las condiciones sanitarias en función del resto de las características de la población rural, se ha visto que cuando se opera un cambio en la economía, se advierte una diferente actitud en la escala de valores que admite el grupo o región, se operan también cambios en el panorama epidemiológico regional, a continuación analizaré las principales:

- POBLACION

Las características demográficas son indicadores de las condiciones y los problemas de salud de una población y de su necesidad de servicios de salud. Al analizar la situación de salud en las Américas, es necesario tener en cuenta la gran diversidad de culturas, clima, condiciones geográficas y socioeconómicas que existen en la región.

La distribución urbano-rural varía según países: (Cuadro 1), el término rural se usa como indicador de residencia en el campo y por extensión con la actividad del trabajador fundamentalmente relacionado con el trabajo de la tierra, de esta manera se establece casi equivalencia entre población rural y campesina 4/.

En 1970 la población rural de América Latina era de 44%, en 1980 se calcula que será de 36% y a finales de siglo 24%, por qué es esta disminución? será porque se mejorarán las

condiciones?, no, la explicación es que existe una marcada tendencia a elevarse la corriente migratoria del campo a las ciudades.

Si bien la tendencia es que haya una proporción decreciente de población en las zonas rurales, la situación por países difiere ampliamente; además en 1970, en la mitad de los países de América Latina más del 56% de la población vivía en zonas rurales y en 1980 se preve que este porcentaje sea del 52% 5/.

En el cuadro 2, muestra el crecimiento de las poblaciones urbanas y rurales en América Latina de 1920 a 1980 (para esta figura se consideró urbana la población que habita en ciudades de 20,000 habitantes o más.

Es necesario hacer notar aquí que la distribución urbano-rural de la población tiene particular importancia para el suministro de atención de salud en América Latina.

Desafortunadamente no se dispone de información específica sobre la clasificación por edades de la población que habita en zonas rurales, por lo tanto veremos comparativamente las pirámides de población entre países de América Latina y América del Norte, (fig. 3). Aquí se demuestra el gran porcentaje de jóvenes en América Latina, ya que la población menor de 15 años representa el 42% de la población total, y mayores de 65 años en América del Norte es el 10% de la población y el 3% en América Latina. Sin embargo por países hay diferencias. En Uruguay y Argentina la población menos de 15 años no llega al 30%. Barbados, Chile y Cuba se encuentran en situación intermedia.

- EDUCACION

Es sabido que la escolaridad es baja principalmente en las mujeres 6/, hay gran número de analfabetas. El personal docente ocupado en poblaciones rurales fue el 37.09% y es de todos sabido la interrelación que este aspecto tiene con la situación de salud.

- CRECIMIENTO ECONOMICO Y FUERZA DE TRABAJO

Para la mayoría de los países latinoamericanos, la agricultura sigue siendo el mayor sector de la fuerza de trabajo (cuadro 2 y fig. 3), si bien su contribución al producto interno bruto es aproximadamente la mitad de la del sector industrial. Referente a la fuerza de trabajo muestra que en 1960, un mayor porcentaje de la población económicamente activa trabajó en el sector agrícola; el Banco Interamericano de Desarrollo ha declarado que si bien existe en la región una ola de industrialización, existe también un estancamiento agrícola.

- NACIMIENTOS

No se dispone del número registrado en áreas rurales. La tasa global de natalidad fue de 40 por mil habitantes en Mesoamérica y 30 por mil en América del Sur, esto es muy elevado si se compara con 16 x 1,000 de América del Norte; pero como esta tasa se ve influenciada por la comparación de la población por edad y sexo, es más útil comparar las tasas de fecundidad, es decir la relación entre los nacidos vivos y la población femenina entre los 15 y 44 años de edad.

Como se observa en el cuadro 3 3n 1972, los cinco primeros lugares en tasa de fecundidad lo tuvieron en orden México (221.6), Honduras (218.4), El Salvador (197.7), Venezuela (179.5) y Jamaica (176.7); si se compara con los datos de 1960, se observa una disminución en lo general, la excepción es Ecuador.

- ESPERANZA DE VIDA

Este dato sintetiza los efectos totales de los programas de salud y del desarrollo socio-económico, destinados a prevenir la mortalidad y prolongar la vida, como generalmente se calcula a partir de tasas de mortalidad por edades; un dato confiable, requiere de que el registro de defunciones sea de alta calidad en los países de la región, sobre todo en las áreas rurales este registro es muy defectuoso, pero de todos modos se ha observado una elevación (cuadro 4), la mayor fue registrada en Cuba (71.2 años) y la menor Guatemala (52.4 años).

DEFUNCIONES

En 1971 la tasa bruta de mortalidad en Mesoamérica fue de 8.5 x 1,000 y 7.9 en América del Sur, en 1972 las más elevadas tasas de mortalidad ajustadas por edad fueron Guatemala (14.3) Ecuador (9.9) y Paraguay (9.7). Un buen indicador para evaluar la calidad de la certificación de la atención médica es el porcentaje de las defunciones que se agrupan según la Clasificación Internacional de Enfermedades, como "causas mal definidas y desconocidas" en la gráfica 4, se muestran los porcentajes de este grupo según países, los cinco primeros lugares ocupados por Rep. Dominicana, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Venezuela.

Las cinco principales causas de defunción en 1972, para la América, fueron (gráfica 5) en Mesoamérica: Enteritis y otras enfermedades diarreicas, influenza y neumonía, enfermedades del corazón, accidentes y tumores malignos. En Sudamérica: enfermedades del corazón, tumores malignos, influenza y neumonías, accidentes y enteritis y otras enfermedades diarreicas, como se puede observar, se mezclan enfermedades infecciosas (característica de país pobre), con enfermedades propias de un país desarrollado, tales como la enfermedad del corazón, los accidentes, los tumores. Pero es importante señalar que en América Latina el 40% de las defunciones son en niños menores de 5 años, como resultado fundamentalmente de la falta de atención médica y desnutrición. ¿Cuántos de ellos serán en medio rural?

Es importante señalar que si se analiza la mortalidad por grupos de edad; todavía aparecen entre los niños muertos por causas prevenibles por vacunación, tales como tétanos, tosferina, sarampión y la poliomielitis aguda.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias como grupo continúan siendo responsables de una alta proporción de defunciones en la región (cuadro 6). Las tasas de mortalidad por enteritis y otras enfermedades diarreicas en Mesoamérica (113 x 100 mil) y América del Sur (57 x 100 mil habitantes). La tasa más elevada la tuvo Guatemala (266 x 100 mil habitantes).

MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

En el cuadro 7, se observa la protección de todas las defunciones de niños menores de 5 años. En Mesoamérica el 40% de todas las defunciones son de niños menores de 5 años, (2/3 partes corresponden a niños menores de un año). La tasa de mortalidad de niños menores de un año, ha permanecido elevada (gráfica 5). Seguramente gran número de las muertes ocurridas en población rural.

En las defunciones del grupo de 1 a 4 años (gráfica 6) disminuyeron en Mesoamérica 33% en un decenio, y en América del Sur la reducción fue del 45%. La situación es favorable, pero es posible realizar progresos adicionales teniendo en cuenta la naturaleza prevenible de los problemas de salud en este grupo de edad.

En la gráfica 7 se muestran las defunciones por avitaminosis y otras deficiencias nutricionales en niños menores de un año y de 1 a 4 años por país, 1968-1972, y aún cuando no son cifras reales ya que comúnmente los defectos de la nutrición son el sustrato de muchas otras causas de muerte; este cuadro nos recuerda que la nutrición aún no es atendida con suficiente cuidado por muchos países. Referente a las enfermedades que son totalmente prevenibles ya que existen los elementos técnicos para abatirlas, es doloroso decir que todavía se enferman niños en nuestros países por poliomielitis (gráfica 8), oscilando las cifras de incidencia entre 48.4 y 0.5 por 100,000 habitantes. El sarampión aún causa grandes estragos en la población Americana, la tasa anual media de mortalidad para el período de 1969 a 1971 fue de 18.5 x 100,000 habitantes. Referente a casos notificados se observa en 3 países sus esfuerzos de vacunación. (Gráfica 9). El tétanos todavía causa gran número de muertes, en cuatro países (Paraguay, Panamá, Ecuador y Perú) más del 80% de las defunciones correspondió a menores de un año, en otros fue superior al 60% (Gráfica 10).

Tosferina, en el lapso 1969-1972 la incidencia notificada de tosferina fue en Mesoamérica y América del Sur, 18 y 39 veces más elevada que en América del Norte. Las más elevadas tasas de mortalidad (1972) se notificaron en Guatemala, Honduras, Ecuador y Perú. (Más de 20 x 100,000 habitantes).

México y Nicaragua registraron tasas de entre 10 y 20 defunciones por 100,000 habitantes. Gráficas 11 y 12.

Tuberculosis. Esta enfermedad, descrita como característica del subdesarrollo, aún prevalece en América, en 1972 se notificaron 190 mil casos nuevos, a pesar del subregistro. En la figura 14, se muestra geográficamente el problema de la tuberculosis en función de la mortalidad, como puede observarse los países de América del Sur tienen las tasas más elevadas de la región, de Mesoamérica las tasas de mortalidad más elevada corresponden a México y Panamá.

- SERVICIOS DE SALUD

Para este capítulo, es importante analizar cómo los países realizan gastos en salud, en servicios generales de salud pública, incluidos administración y personal, campañas masivas, servicios de laboratorio, servicios de saneamiento ambiental, servicios de salud ocupacional, servicios veterinarios, educación y capacitación del personal de salud; y en gastos de hospitales.

En un cuestionario remitido por la OPS. En 1968 la proporción de gastos gubernamentales asignados a la salud, oscilaba de 35% en Panamá y 28% en Costarica al 1.7% en Argentina.

En 1972 los porcentajes variaron de 2.5 en Brasil al 22% en Nicaragua. Sólo nueve de los 20 países indicaron que más del 10% de los gastos de gobierno tenían por objeto la salud.

Camas hospitalarias

La proporción de camas de hospital es muy variable de 0.7 por mil habitantes en Haití, hasta 3.2 camas por mil habitantes como promedio en el resto de América (Canadá tiene 9.8). Sin embargo es de todos conocida la desigualdad geográfica de las camas de hospital, este problema es complejo ya que resulta difícil proporcionar a una población rural dispersa, camas que sean utilizadas regularmente para evitar el costo excesivo operacional. Igualmente el personal médico, de enfermería y de otra clase, se encuentra desigualmente distribuido en muchos países y la dotación de personal para los hospitales de las áreas rurales, crea problemas adicionales.

SANEAMIENTO

Existe una estrecha relación entre las condiciones de salud de una población y el medio en el cual vive. La gravedad de los problemas de salud que surgen de la falta de agua potable y de sistemas de alcantarillado se destaca claramente en el análisis de la morbi-mortalidad provocada por enfermedades diarréicas, una de las cinco primeras causas de defunciones en 19 de los 34 países.

En el cuadro 6, se observa la disponibilidad de agua en la población rural, en 1973 sólo el 27% de la población rural contaba con sistemas de agua, ya fuera mediante conexiones en la vivienda o teniendo fácil acceso a ellos, respecto al sistema de alcantarillado la situación en lo general es peor, ya que en 1973 sólo el 4.3% de la población rural contaba con esos servicios.

En México (cuadro 7) la situación no era mucho mejor, para 1970 más del 65% de viviendas y habitantes de las zonas rurales no tenían agua y más del 85% no tenían drenaje.

. Basuras

Aunque no se dispone de datos estadísticos precisos, se sabe que en las zonas rurales las basuras no se someten a ningún tratamiento sino que se arrojan en patios, calles o corrientes de agua.

. Viviendas

Generalmente son de mala construcción tanto por calidad y tipo de materiales, como por su desarrollo funcional, el piso es de tierra comunmente, por ejemplo: en México, el 82% de las viviendas rurales tenían entre 1 y 2 cuartos (cuadro 8), la insuficiencia habitacional conlleva el hacinamiento. El aseo es poco menos que desconocido, por lo tanto el manejo de alimentos se hace en forma descuidada, favoreciendo su contaminación.

. Vestido

No se usa calzado o se usa ocasionalmente en más del 80%, lo que favorece cierto tipo de enfermedades infec-

ciosas. Debido a limitaciones económicas la ropa es limitada y generalmente no cumple con su cometido de protección del usuario, contra las inclemencias del tiempo, favoreciendo las enfermedades infecciosas, mordedura de animales ponzoñosos y alergias.

- OTROS FACTORES SOCIALES Y ECONOMICOS

El subempleo y la ocupación fundamentalmente agrícola, la característica artesanal de las herramientas escasamente permiten a la población rural lograr niveles básicos de subsistencia, esta población tiene prácticamente negada su participación en las ventajas y beneficios que ofrecen la educación y los servicios públicos de energía, transporte y comunicaciones. El empleo de animales en los trabajos agrícolas facilita los accidentes y las zoonosis.

El alcoholismo, favorecido por el sector de explotación y aceptado por la población rural como evasión o huida del sujeto apremiado por las angustias de una realidad hostil y por un nivel de vida infrahumano.

• Recursos humanos en salud

El suministro de servicios de salud depende directamente de la disponibilidad de personal calificado.

Médicos. En 1972 existían 550,000 médicos, del total el 64% estaban en América del Norte, 10% en Mesoamérica y 26% en América del Sur. En relación a la población había 10.8 médicos por cada 10,000 habitantes, 6.1 en Mesoamérica y 7.4 en América del Sur (15.5 en América del Norte), en consecuencia las proporciones para las dos áreas en América Latina eran inferiores a la mitad de América del Norte. (Gráfica 15)

Esto mismo acontece en la disponibilidad de enfermeras y dentistas. (Gráfica 16 y 17)

Pero es importante hacer notar que la mayor parte de estos recursos se ubican en las zonas urbanas, dejando a las poblaciones rurales sin atención.

Pero las comunidades rurales tienen su propio sistema de atención a la salud, el tradicional comunitario a través de automedicación o recurriendo a algún miembro de la comunidad a quien le reconocen facultades o atributos especiales para otorgar la atención, este sistema está profundamente arraigado a la cultura local, tiene apoyo y aceptación; sus acciones se orientan fundamentalmente a la atención de la enfermedad y el parto y sus agentes se llaman comadronas, curanderas, brujos, rezadores, etc. Es necesario reconocer que estos sistemas, han existido y seguirán existiendo y que pueden ser utilizados como punto mínimo de atención de salud 7/

Otros factores que influyen en la salud de la población rural: 8/

- Labores a la intemperie, lo que expone a los trabajadores a condiciones climatológicas cuya diversidad guarda relación con las estaciones.
- Multiplicidad de labores por un solo individuo que dificulta el descanso y uso adecuado del tiempo libre.
- Exposición frecuente a múltiples agentes de tipo biológico, (parásitos, hongos, animales y plantas) agentes químicos (fertilizantes, abonos, plaguicidas, fungicidas, herbicidas), agentes físicos (radiaciones solares, accidentabilidad del terreno, humedad, ruidos, etc.), agentes mecánicos (herramientas), agentes psicotensionales (situación de trabajo, esfuerzo físico prolongado, jornadas de trabajo sin descanso).
- Grandes distancias entre la residencia y el lugar efectivo de trabajo.
- Necesidad de residir en el área de trabajo.
- Ausencia de centros de recreación (deportivos, culturales).
- Condiciones de subalimentación.

- Ausencia de medidas de seguridad en el trabajo.
- Un accidente, una enfermedad, la vejez puede acarrear la miseria de la familia 9/
- Inseguridad, ya que las condiciones climatológicas (inundaciones, heladas, sequías, etc.) constituyen una permanente amenaza 10/

Hasta aquí el aspecto descriptivo, de las condiciones de salud de las áreas rurales, pero este trabajo quedaría incompleto si no proponemos cuando menos algunas soluciones 11/

- Fomentar el espíritu comunitario para despertar en cada campesino, el interés por el desenvolvimiento de su comunidad.
- Fomentar la educación de la población femenina, en salud ya que ellas son "las líderes" biológicas.
- Instruir a la población rural en los conocimientos relativos a las enfermedades más frecuentes en su región y los medios para combatirlas.
- Fomentar el uso de calzado.
- Fomentar la acción comunal en campañas de saneamiento ambiental, enfocado a control de alimentos, consumo de agua potable, tratamiento de basuras, buena disposición de excretas, etc.
- Facilitar la atención médico preventiva-asistencial.
- Hacer un estudio sociológico para facilitar la motivación en materia de salud.
- Continuidad en los planes gubernamentales de salud y desarrollo rural.

B I B L I O G R A F I A

1. Censo General de Población, S.I.C. 1970
2. Tarlok Singk.-Bienestar de la familia y el niño en la comunidad rural. India. Resumen analítico de Seguro Social. AISS, Vol. VI
3. Fernández Cantón.-Estudio comparativo de la población empleada en la agricultura en México en base al IX - Censo de Población y al V Censo agrícola, ganadero y ejidal de 1970. Tesis profesional. UNAM, 1977
4. OPS.-La extensión de los servicios de salud al medio rural. CPISS, Seg. Soc. XXVII 109-110. I-IV. 1978
5. OPS.-"Las condiciones de salud de las Américas. 1969-1972.
6. Incora.-"Estudio básico sobre salud", 1974, Bogota. - Ministerio de Salud. 1965
7. Jolibois. Gerad.-Condiciones de vida y aplicación de la seguridad social en las áreas rurales de Haití. - IX Asamblea de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1977.
8. Cap. del Seguro Social de Panamá.-"El factor humano; aspectos biológicos, psicológicos, económicos, sociales en la prevención de riesgos en la agricultura. - Seguridad Social XXVII, Epoca V 113-114, 1978.
9. Morean Pierre.-La protección social agrícola, Seguridad Social, IX-III No. 4, CISS, AISS, 1960
10. CISS.-Biosociología rural en Chile.
11. Problemas de los campesinos. - Biblioteca del Ministerio del Trabajo. República de Colombia, 1960

Figura 2

CRECIMIENTO DE LAS POBLACIONES URBANAS Y RURALES EN AMERICA LATINA

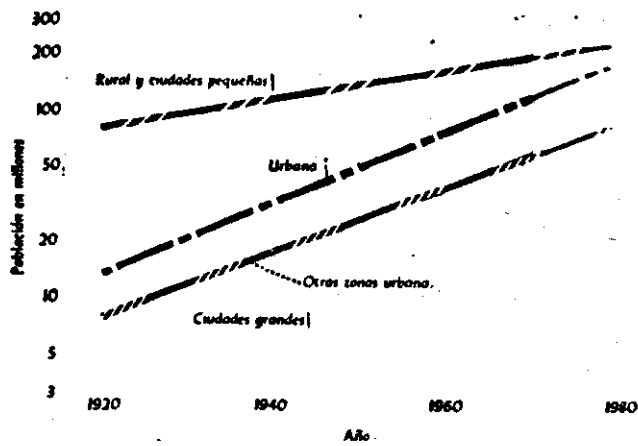
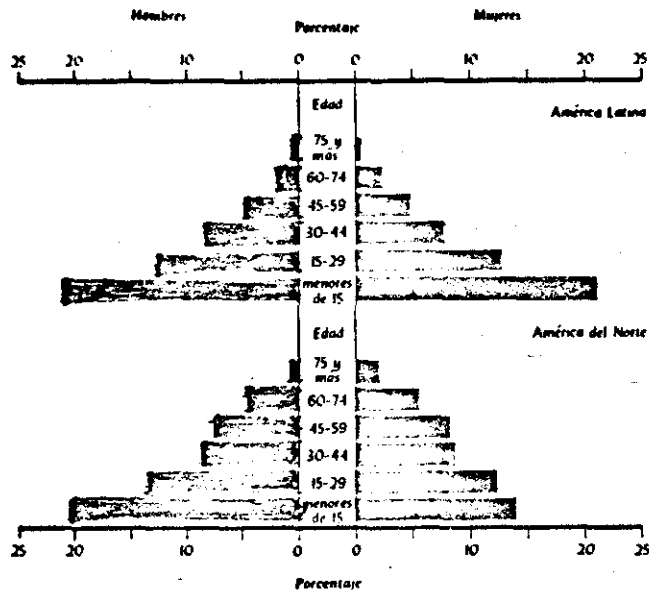
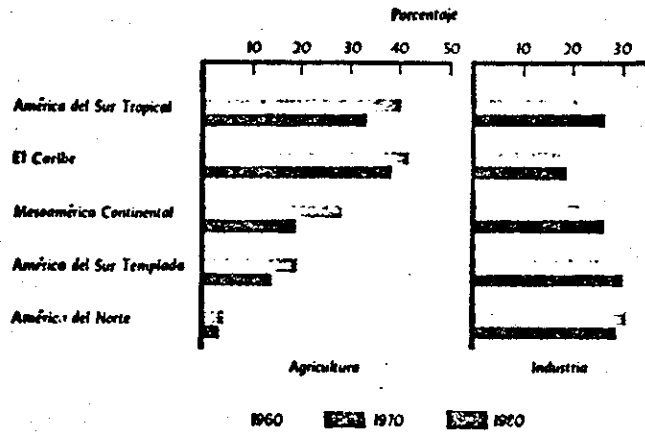


Figura 3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPO DE EDAD EN AMERICA DEL NORTE Y AMERICA LATINA 1970



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA FUERZA DE TRABAJO.
 POR SECTOR, EN CINCO REGIONES DE AMERICA LATINA, 1960-1980



ANEXO # 7

CUADRO 2'

CENTROAMERICA: GRADO DE PARTICIPACION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
POR ACTIVIDADES Y DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO POR SECTORES, 1950-66

(Por ciento)

Sectores de actividad	Producto *	Población *	Producto	Población	Tasa de crecimiento *	
					Producto	Población
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	5.2	2.3
Agropecuario	37.3	65.0	29.7	62.3	3.8	2.0
Industrial	12.2	11.4	16.3	12.1	7.2	2.7
Otros	50.5	13.6	54.0	15.6	5.7	2.8

Fuente: CIDA/CAIS, con base en cifras oficiales de los países.

a) Producto interno bruto en dólares de 1963.

b) Población económicamente activa, calculada con base en cifras censales.

c) Anual.

Número de nacidos vivos y tasas de fecundidad por 1,000 mujeres de 15-44 años de edad, por país, 1960, 1965 y 1969-1972.

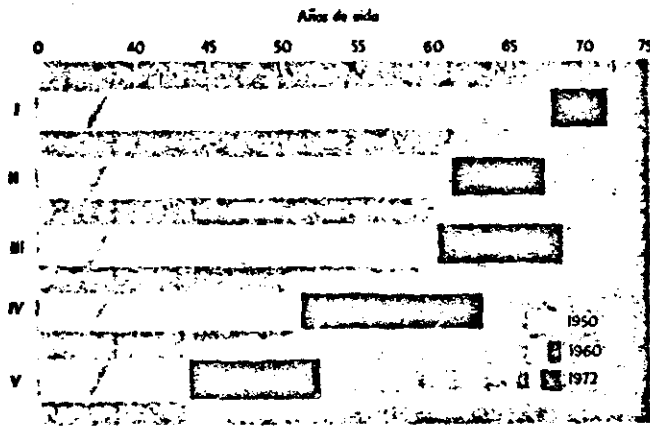
PAIS	1960		1965		1969		1970		1971		1972	
	NACIDOS VIVOS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000	NACIDOS VIVOS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000	NACIDOS VIVOS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000	NACIDOS VIVOS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000	NACIDOS VIVOS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000	NACIDOS VIVOS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000
ARGENTINA	473036	100.7	461614	111.0	491292	91.3	491293	90.7	...	...	...	...
PAPUASIA	7933	155.7	6323	122.2	5125	76.2	5443	90.5	5177	109.3	5333	111.5
ARVIA	107439	123.1	113291	114.5	88951	46.3	17942	83.1	25277	73.6	...	...
CANADA	473551	130.7	414553	133.9	369647	42.5	371944	81.1	462197	77.7	347317	75.1
CUBA	558513	135.4	663316	167.3	671045	150.0	676687	152.1	493192	145.7	684564	145.3
COSTA RICA	53785	247.7	62503	219.6	57954	175.7	57757	169.6	56338	158.9	53283	146.7
COLO	214903	142.7	263503	159.7	232501	137.5	226329	127.4	267601	145.0	247527	142.4
CHILE	282881	169.0	373015	162.3	266057	129.3	261609	123.3	273513	127.3	277491	126.5
EL SALVADOR	206176	230.5	226436	221.7	220293	143.1	233134	182.2	243527	154.6	...	...
EL SALVADOR	121404	231.0	137433	274.9	142399	274.1	151471	291.7	154309	213.7	152276	197.7
ESTADOS UNIDOS	425495	117.8	376354	90.3	369276	86.1	373136	87.5	455577	111.1	425077	113.3
GUATEMALA	196876	240.1	231057	227.4	215357	207.7	212151	190.0	222248	190.7	...	...
GUAYANA	24051	215.4	24349	174.6	23107	157.0	25497	167.1	...	...	...	...
HONDURAS	12167	216.1	96471	222.4	108406	208.9	137121	199.2	117430	213.9	122247	211.4
JAMAICA	83413	194.5	65763	237.5	69060	173.1	64375	175.7	66204	174.1	6542	176.7
MEXICO	1073174	215.7	1300171	224.0	2039002	219.1	2132037	216.0	2231399	213.1	2166172	221.6
NICARAGUA	63350	221.7	71259	239.1	81254	219.1	84155	205.4	87297	181.5	...	...
PANAMA	42259	192.8	49377	193.6	52759	163.6	51242	132.4	56748	121.1	54917	175.7
PANAMA (a)	45070	209.3	56935	200.9	49954	173.4	87022	181.1	74620	173.6	...	...
PERU	376256	170.0	457043	191.9	420006	172.2	466712	167.9	...	...	...	...
REPUBLICA DOMINICANA	113107	177.7	126003	184.9	155257	192.3	163345	195.4	161403	188.4	...	...
REPUBLICA Y TAIWAN	32656	197.1	31953	157.0	25130	119.6	25158	119.8	26116	125.4	26272	124.5
URUGUAY	60611	106.6	63463	93.5	62710	95.1	64674	103.1	65953	101.0	...	...
VENEZUELA	336129	224.8	379533	214.3	347003	228.0	392483	203.6	415966	179.7	414021	179.5

(a) Tasas basadas en la población estimada para fines de notificación.

Esperanza de vida al nacer, por país, alrededor de 1950, 1960 y 1972

País	Alrededor de 1950		Alrededor de 1960		1972	
	Período	Esperanza de vida en años	Período	Esperanza de vida en años	Período	Esperanza de vida en años
Argentina	1946-48	60.6	1959-61	65.5	1970	65.7
Barbados	...	...	1960	66.9	1972	69.4
Canadá	1950-52	68.6	1960-62	71.4	1972	72.7
Colombia	1950-52	52.2	1961	60.2	1969	64.9
Costa Rica	1949-51	56.5	1963	65.3	1972	67.8
Cuba	...	...	1961	69.7	1972	71.2
Chile	1951-53	54.0	1959-61	57.2	1972	62.8
Ecuador	...	...	1962	56.6	1971	60.0
El Salvador	1949-51	51.4	1960-62	59.4	1971	65.0
Estados Unidos	1949-51	68.3	1959-61	70.1	1971	71.4
Guatemala	1949-51	43.6	1964	49.4	1971	52.4
Jamaica	1952-54	59.1	1961	68.3	1971	66.7
México	1949-51	48.8	1959-61	58.9	1972	63.0
Panamá	1950	62.2	1959-61	65.8	1972	70.4
Perú	1949-51	57.4	1960-61	59.8	1970	65.7
Trinidad y Tabago	1945-47	54.1	1959-61	64.2	1971	66.6
Uruguay	1949-51	68.8	1963	68.7	1971	68.1
Venezuela	1950-51	58.0	1960-62	66.1	1972	66.4

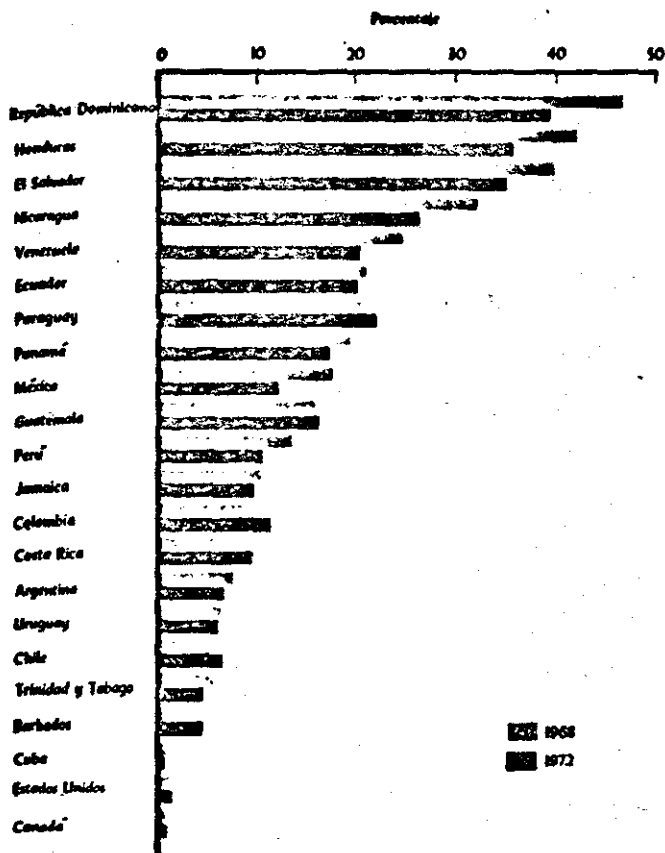
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN CINCO GRUPOS DE PAISES AMERICANOS, 1950-1972



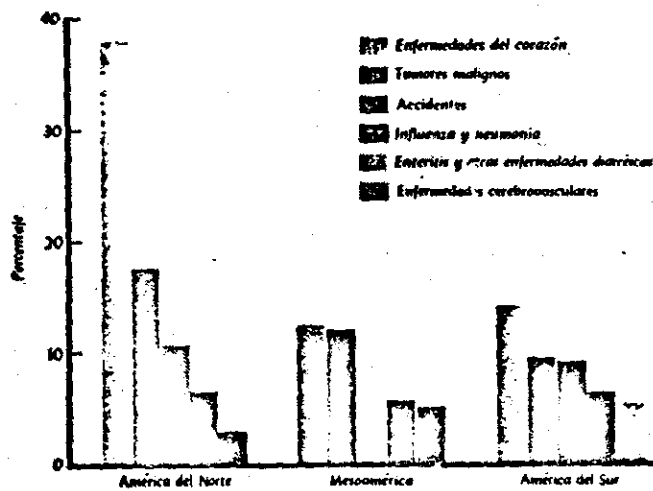
Grupos:

- I Canadá y los Estados Unidos
- II Argentina, Costa Rica, Cuba, Panamá, Uruguay y Venezuela
- III Barbados, Jamaica, Trinidad y Tobago
- IV Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México y Perú
- V Guatemala

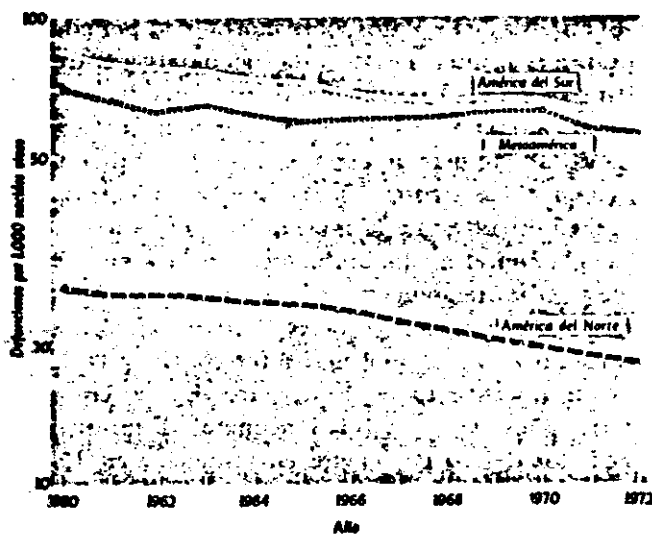
PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS EN PAISES DE LAS AMERICAS, 1968 Y 1972



PORCENTAJE DE DEFUNCIONES ATRIBUIDAS A LAS CINCO CAUSAS PRINCIPALES EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1970-1972



DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR 1.000 NACIDOS VIVOS
EN TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1960-1972

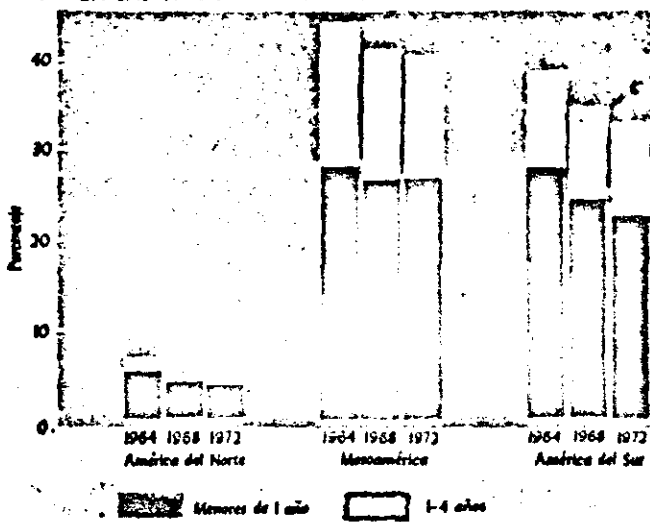


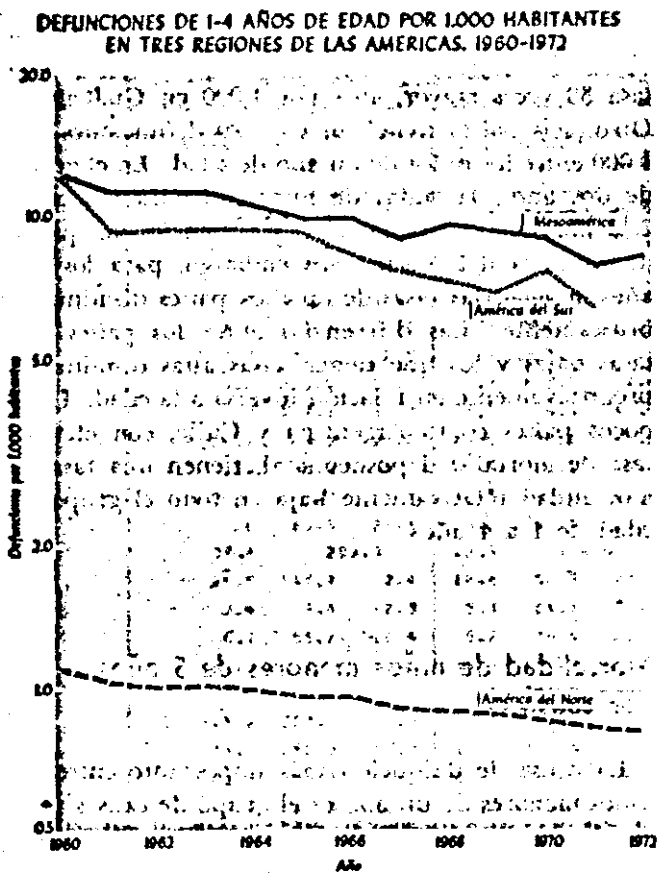
Número y porcentaje de defunciones por enteritis y otras enfermedades diarreicas y otras enfermedades infecciosas y parasitarias, con tasas por 100,000 habitantes, según países, 1968 y 1972

País	Enteritis y otras enfermedades diarreicas						Otras enfermedades infecciosas y parasitarias					
	Número		Tasa		Por ciento		Número		Tasa		Por ciento	
	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972
Argentina	a) 4544	b) 5538	19.9	23.9	2.0	2.5	a) 9285	b) 9877	40.6	42.6	4.2	4.4
Barbados	20	14	7.9	5.8	1.0	0.7	65	43	25.8	17.9	3.2	2.0
Canadá	a) 264	298	1.3	1.4	0.2	0.2	a) 999	966	4.8	4.4	0.6	0.6
Colombia	18831	a) 16358	95.0	79.9	11.1	10.6	16831	a) 14805	84.9	71.4	10.0	9.5
Costa Rica	1408	997	66.2	54.1	13.2	9.2	906	858	55.4	46.6	8.5	7.9
Cuba	1481	848	18.1	9.7	2.7	1.7	2216	1553	34.3	17.8	5.2	3.1
Chile	4533	3631	48.5	35.9	5.4	4.1	5227	4601	55.9	45.5	6.2	5.2
Ecuador	4653	c) 7535	61.7	119.7	7.5	11.8	10424	c) 8637	183.0	137.2	16.9	13.5
El Salvador	1672	c) 4185	51.2	117.9	5.6	14.6	2411	c) 2067	73.8	58.2	8.1	7.2
Estados Unidos	2940	c) 2466	1.5	1.2	0.2	0.1	14836	c) 13561	7.4	6.6	0.8	0.7
Guatemala	a) 19647	c) 14216	391.8	265.8	23.1	18.6	a) 15717	c) 15424	313.5	288.4	18.5	20.5
Honduras	1244	2677	51.6	99.6	6.0	12.4	2017	2652	83.6	98.7	9.6	12.3
Jamaica	992	c) 688	54.4	36.3	6.6	4.8	416	c) 432	22.8	22.6	2.9	3.0
México	a) 63430	66864	133.8	127.0	13.8	14.0	38223	46323	63.4	68.0	8.4	9.7
Nicaragua	2299	a) 2764	124.8	144.3	15.3	17.3	1820	a) 1855	96.8	96.9	12.1	11.6
Panamá	615	512	45.6	33.6	6.4	5.8	1166	901	68.0	59.1	12.4	9.9
Paraguay (d)	1401	1106	120.9	84.7	11.2	9.3	1159	803	100.0	61.6	9.2	6.8
Perú	7793	b) 10227	61.0	75.3	7.9	9.1	12732	b) 19813	99.7	145.8	12.8	17.7
República Dominicana	3535	2623	92.1	60.9	12.7	9.5	1554	1674	40.5	33.8	5.8	6.1
Trinidad y Tabago	a) 257	c) 274	25.0	26.5	3.6	3.9	a) 175	c) 130	17.0	12.6	2.5	1.8
Uruguay	563	c) 312	20.0	10.7	2.2	1.1	731	c) 635	25.9	21.7	2.8	2.2
Venezuela	4521	5640	48.6	51.7	7.0	7.7	4337	5201	46.6	47.6	6.7	7.1
América del Norte	3204	2764	1.5	1.2	0.2	0.1	15835	14527	7.2	6.4	0.8	0.7
Mesoamérica	96600	96662	123.7	112.8	13.1	13.1	67306	73912	66.0	66.2	9.2	10.0
América del Sur	46839	50344	55.9	56.7	6.3	6.7	60726	64172	72.5	72.2	8.2	8.5

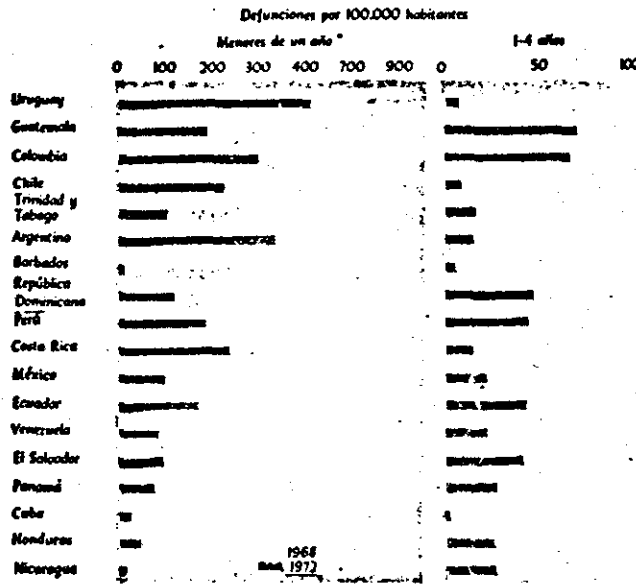
(a) 1969. (b) 1970. (c) 1971. (d) Area de información solamente.

PORCENTAJE DE DEFUNCIÓNES DE MENORES DE 5 AÑOS
EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1964-1972



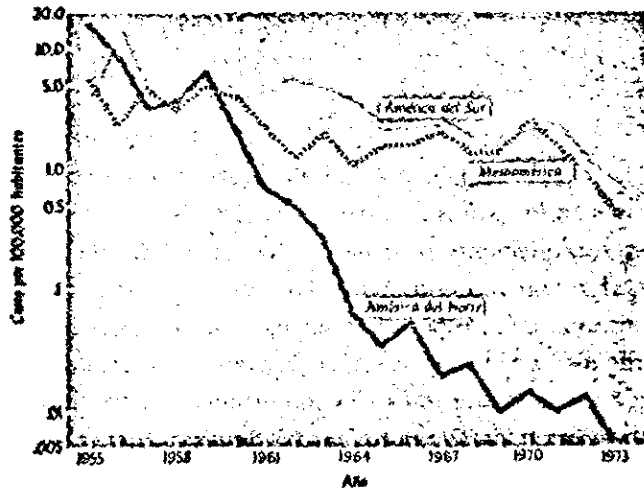


**DEFUNCIONES POR AVITAMINOSIS Y OTRAS DEFICIENCIAS
NUTRICIONALES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y DE 1-4 AÑOS
POR 100.000 HABITANTES. POR PAIS. 1968 Y 1972**

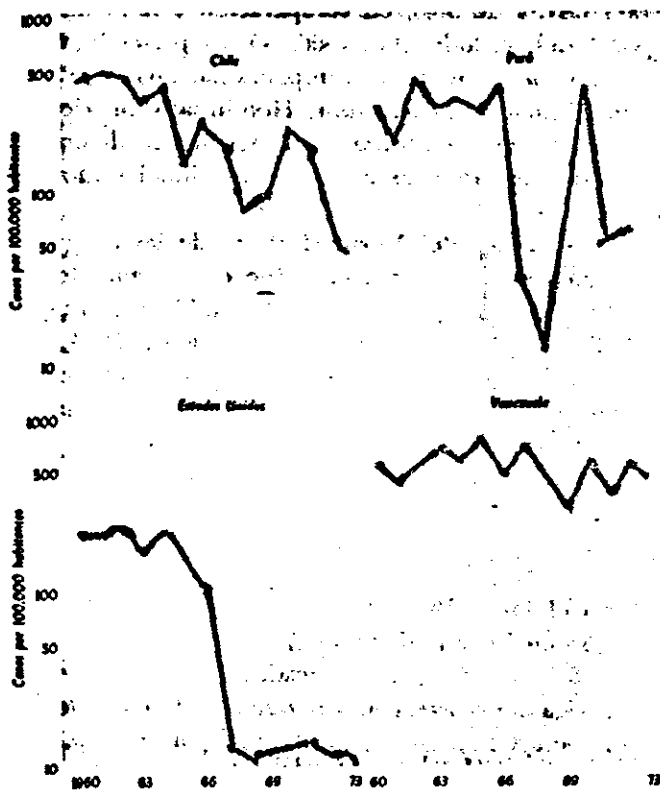


*Per 100,000 nacidos vivos

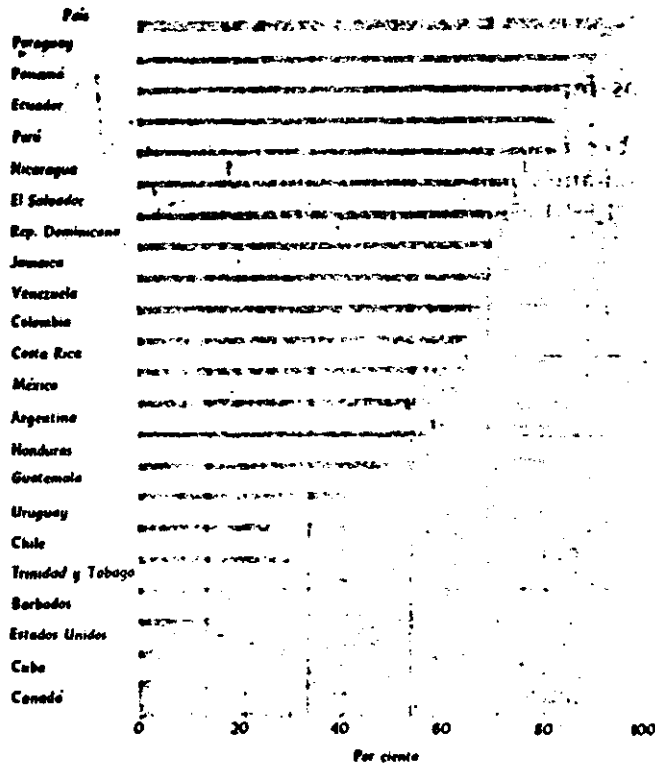
CASOS NOTIFICADOS DE POLIOMIELITIS POR 100.000 HABITANTES
EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS. 1955-1973



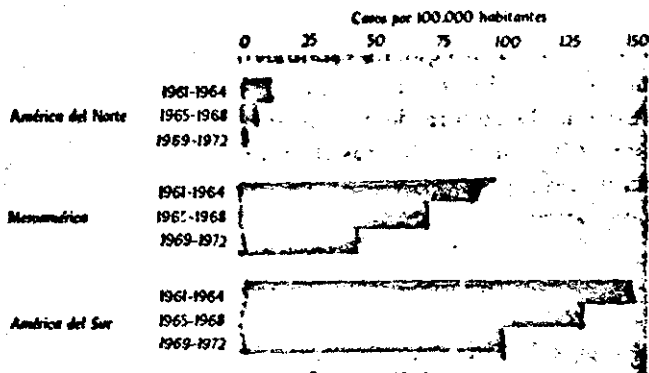
CASOS NOTIFICADOS DE SARAMPION EN 4 PAISES DE LAS AMERICAS, POR 100.000 HABITANTES, 1960-1973.

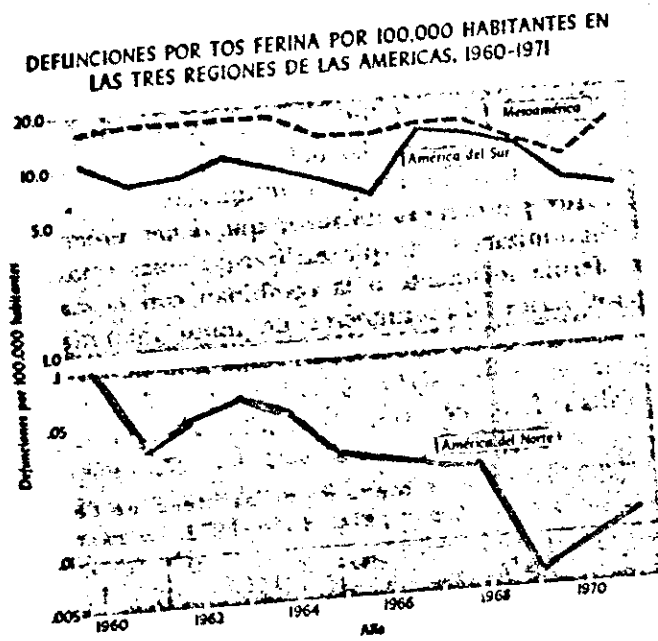


PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR TETANOS EN MENORES DE UN AÑO EN 22 PAISES DE LAS AMERICAS, 1970-1972

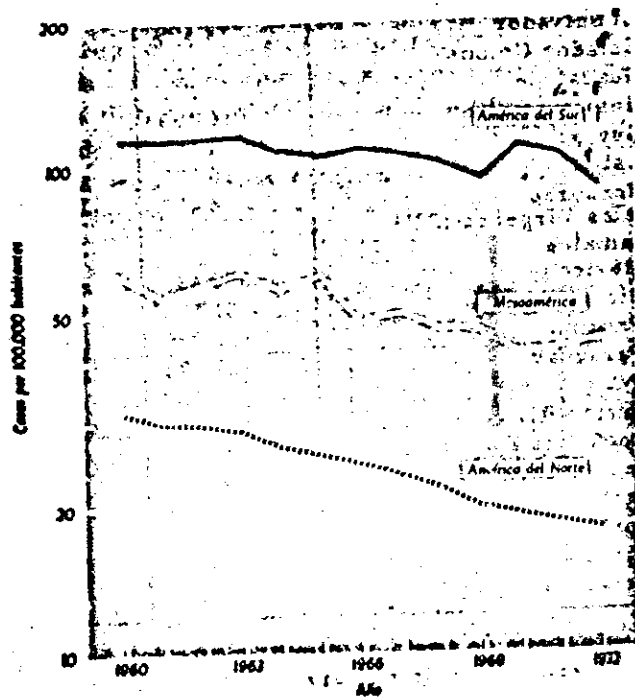


**PROMEDIO ANUAL DE CASOS NOTIFICADOS DE TOS FERINA POR
100.000 HABITANTES EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS.
1961-1964, 1965-1968 Y 1969-1972**





CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS POR 100.000 HABITANTES EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1960-1972



TASAS PROMEDIO ANUAL DE DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS.
1970-1972



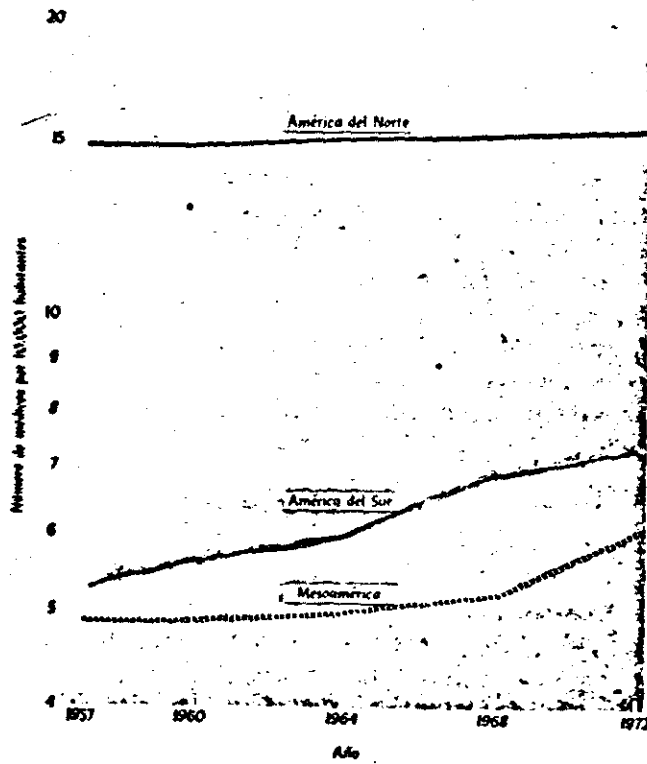
NUMERO Y POR CIENTO DE VIVIENDAS, SEGUN EL NUMERO DE CUARTOS
REPUBLICA MEXICANA

1970

Número de cuartos por vivienda	República Mexicana		Localidades de hasta 2,500 habitantes	
	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%
1	3,326,600	40.1	1,812,800	52.9
2	2,395,900	28.8	1,010,700	29.5
3	1,144,200	13.8	333,800	9.7
4	657,500	7.9	141,600	4.1
5	312,000	3.8	46,400	1.3
6	174,800	2.1	23,600	0.6
7	104,300	1.3	19,900	0.5
8	56,300	0.7	6,800	0.2
9 o más	114,700	1.4	26,600	0.7
Total	8,256,300	100.0	3,422,200	100.0

FUENTE: IX Censa General de Población.

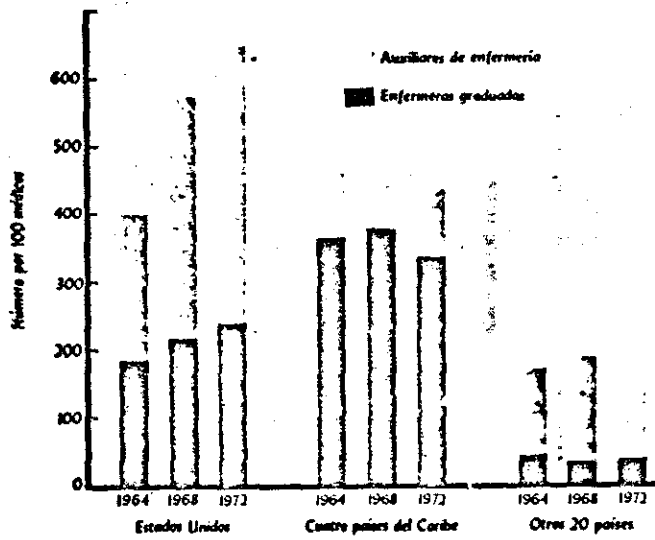
- Grafica 15
MEDICOS POR 10.000 HABITANTES EN TRES REGIONES
DE LAS AMERICAS, 1957-1972



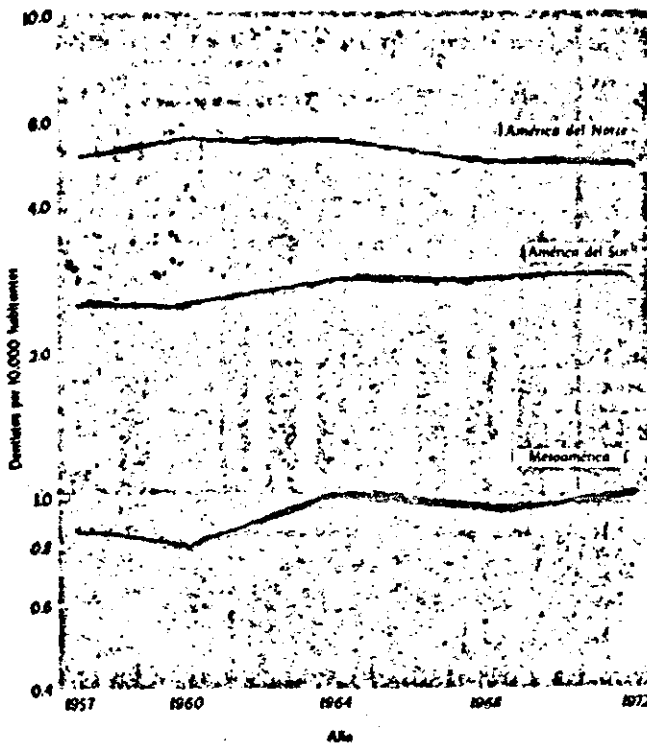
NUMERO DE HABITANTES POR MEDICO, SEGUN PORCENTAJE
DE POBLACION RURAL EN LAS ENTIDADES
REPUBLICA MEXICANA
1970

Porcentaje de población	Número de habitantes por médico
0 a 19	961
20 a 39	1,782
40 a 59	2,982
60 y más	3,578

PERSONAL DE ENFERMERIA POR 100 MEDICOS
EN TRES GRUPOS DE PAISES. 1964-1972



DENTISTAS POR 10.000 HABITANTES EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS. 1957-1972



A continuación la Lic. Laura Rosa González expuso el tema "Aspectos sociales característicos del medio rural".

La perspectiva multidisciplinaria o si se quiere el carácter interdisciplinario con que se aborda el análisis del campesinado: economistas, sociólogos, historiadores, antropólogos y muchos tipos de profesionales de las ciencias sociales unen sus esfuerzos teóricos para aproximarse al análisis de la realidad agraria bajo un común enfoque.

La definición de la familia campesina como una unidad "cuya importancia deriva parte de la organización familiar, parte de la vida comunal, con un cierto soporte económico de continuidad en la idea de la tierra que no es sino la base material de su relación social; la expresión de la unidad del grupo en la vida económica". "El Círculo de la Comunidad" formado por el Country Around en el que se desarrollan las relaciones sociales y cuyos límites tanto topográficos como sociales, son creados por la "opinión pública".

La forma de producción campesina puede caracterizarse básicamente por su carácter familiar y de subsistencia. La familia como unidad de producción no produce para acumular, no pretende obtener ganancias -éstas pueden existir pero no son su objetivo- sino que se produce en función de las necesidades del consumo familiar. La fuerza de trabajo de la unidad campesina, esto es "el volumen de la actividad económica familiar", concebido como todas las formas de actividad económica familiar, tanto en la agricultura como en la artesanía y el comercio, no tiene un salario o retribución fija; por el contrario éste está sujeto al producto total obtenido tanto de la cosecha como de las actividades no agrarias. El salario como retribución de la fuerza de trabajo de la familia campesina se detrae del producto como consumo, esto es, el producto neto del trabajo, está determinado por el incremento anual de los valores materiales que llegan a la producción y que son obtenidos como resultado de su trabajo anual.

La forma de producción campesina se caracteriza por un bajo nivel de capital frente a una abundancia de mano de obra que se pretende ocupar en la producción campesina familiar en la medida en que no sean cubiertas sus necesidades de consumo; esto es, la racionalidad campesina que ha sido calificada de apatía económica por una mente capitalista, radica en que no es el número de horas de trabajo, ni tampoco la remuneración a ese trabajo que determina la organización campesina de la producción sino que por el contrario lo que origina ésta es la satisfacción de las necesidades fa-

miliares de consumo y de dureza y fatiga del esfuerzo familiar en el trabajo. Dicho de otra forma "la remuneración expresada objetivamente por unidad de trabajo será considerada ventajosa o desventajosa por la familia campesina, según el estado de equilibrio básico entre la medida de la satisfacción de las necesidades básicas de consumo y la fatiga y dureza del tipo de trabajo.

La organización económica de la casa campesina (unidad familiar campesina) está determinada por las variaciones que se producen en el cociente "necesidades de consumo familiar" / "fuerza de trabajo de la familia campesina". La persistencia de la economía campesina en formas de dominación políticas y económicas tan dispares como las del feudalismo, el despotismo oriental, el absolutismo o el capitalismo sólo se explica si la organización social campesina es adaptable a tan diversas situaciones y resistente a tan diferentes impactos externos.

Un agricultor rural es campesino cuando mantiene una relación de dependencia respecto al resto de la sociedad a la que por supuesto permanece integrado en términos económicos culturales y políticos. Un campesino produce básicamente para su conservación y la de los suyos y para mantener asegurada su producción y consumo seguros (fondo de reemplazo). Sin embargo aquí no termina su producción que destina a mantener sus relaciones sociales de parentesco, religiosas, etc. (fondo ceremonial) varía de una cultura a otra y las relaciones sociales que genera se hallan cargadas de elementos simbólicos que intentan justificar sus comportamientos. En general el fondo ceremonial constituye la traducción a términos económicos de los comportamientos institucionalizados e instituciones en que el campesino se siente obligado a cumplir socialmente tales como banquetes con motivo de comunión, boda, bautizo, gastos de fiestas de la comunidad, etc.

Los esquemas sociales a través de los cuales el campesino establece sus relaciones, se basan en la familia, tanto en términos sociales como económicos. La organización campesina descansa básicamente en la composición de la familia y en sus demandas de relación social y económica; cuando estas se ven satisfechas cesan sus esfuerzos de producción. Sin embargo el campesino se ve sometido a relaciones asimétricas de poder en el sentido de que ha de producir más que el mínimo demandado por su unidad familiar de relación. Esta cantidad producida al margen de sus necesidades como un imperativo de la sociedad global es lo que Wolf llama fondo de renta. Relación asimétrica y transferencia de excedentes.

La mayoría de la población mundial está compuesta por campesinos. Para movilizar al campesino primero es necesario hacer su análisis. Estudiar los valores y el control social ejercidos por la familia y la comunidad así como la disyunción existente entre éstos y las instituciones formales.

El estudio de cómo la gente se gana la vida está mucho más estrechamente vinculado con la totalidad de la vida familiar en las áreas rurales que en las urbanas. Sería difícil decir algo sobre la vida rural en su totalidad sin tomar estas áreas como punto de partida, la economía agraria determina las características de la vida rural en su totalidad hasta tal punto que la comprensión de su forma de funcionamiento constituye la base de la comprensión de los fenómenos sociales.

Podemos tomar como punto de partida cualquier elemento. Si tomamos como punto de partida la producción campesina, encontramos que el trabajo familiar es el rasgo principal: produce artículos de alimentación que pueden ser consumidos o no por la familia y como unidad de producción se identifican también como empresa (producción de mercancías).

Esta fusión tiene importantes consecuencias para la totalidad de la vida del pueblo.

Los principios del funcionamiento de la empresa son diferentes de los de la economía doméstica.

La empresa produce valores de cambio (lucro o ganancia), en el establecimiento de renta familiar tipo capitalista, la renta puede ser: adquisición de tierra, inversión en bienes de capital, tasa de interés en actividades comerciales, etc.

Las relaciones sociales rurales consideran la producción como fuente de sustento y lugar de trabajo de la familia.

TIPOS DE PRODUCCION AGRICOLA

1. Producción agrícola que constituye una fuente secundaria o adicional de ingresos familiares. El ingreso es inferior a los procedentes de otras fuentes.
 - a) Fincas residenciales usadas como morada familiar y lugares de descanso.

- b) Explotaciones con una baja producción destinadas exclusivamente o casi exclusivamente a satisfacer las necesidades familiares (familias de trabajadores industriales que viven en el campo, artesanos, pensionistas).
 - c) Pequeñas propiedades que pertenecen a trabajadores agrícolas que viven en el campo. La producción es superior en productos destinados al mercado.
 - d) Empresas a pequeña escala (huertos de hortalizas y frutales para el mercado local).
2. Producción agrícola que proporciona la fuente de ingresos familiares principal pero inadecuada. La familia obtiene ingresos adicionales con trabajos manuales en la industria y otras tareas, éstos se dedican a la satisfacción de necesidades de consumo de la familia.
 3. Producciones que son la única fuente sustento familiar y que se basan únicamente en el trabajo familiar; es en esta clase en donde se expresan más claramente las características de la forma de producción campesina.
 4. Producción basada en la contratación de trabajadores agrícolas. Aquí el salario es un claro indicador de la actividad de la empresa, cuenta con un alto nivel de producción comercializada, alto nivel de equipamiento productivo, de contactos con el mercado y una extensa racionalización del proceso productivo, (jornaleros, braceros).
 5. Producción campesina multifamiliar (cooperativa de producción).
 6. Grandes heredades sin las características del modo de producción campesino: organismos estatales o transnacionales para cultivos experimentales o para cursos de investigación agrícola.

CARACTERISTICAS ESPECIALES DE LA PRODUCCION AGRICOLA

1. El trabajo agrícola es familiar.

2. La posición de la familia campesina viene determinada por su posición de clase. Todo avance de status está ligado a un cambio de la medida en que posee en propiedad los medios de producción.
3. El trabajo del agricultor es en gran medida autónomo. Produce artículos que satisfacen sus necesidades básicas.

Hasta tiempos relativamente recientes, la familia campesina producía casi todo lo que necesitaba e incluso hoy, produce los medios básicos de su propio sustento; la sociedad no podría existir si el agricultor no ejerciera su profesión. Asimismo la vida del agricultor sería su mamente difícil si no formara parte del sistema general de la división social del trabajo; sin embargo podría subsistir.

ACTITUDES DEL CAMPESINO HACIA EL TRABAJO Y LA PRODUCCION

1. Motivación laboral:

La familia no sólo trabaja para obtener ingresos. La producción familiar se dirige directamente a la satisfacción de las necesidades familiares como mejoramiento de la vivienda ya sea esto para la producción o el consumo. (compra de tierra, ampliación del almacén, etc.)

- a) La jerarquía de posiciones de la dirección del trabajo está ligada a la jerarquía del rango dentro de la familia. Alcanzar la jerarquía de jefe de familia es equivalente a alcanzar una posición de independencia en la división del trabajo y es por esto que el aprendizaje de la profesión agrícola va desde cuidar gallinas a un trabajo que exige una mayor fuerza y destreza, dados los roles por edad y sexo hasta llegar a ser agricultor o esposa de agricultor.
- b) "Buen agricultor" en términos generales es aquel que tiene una extensión de tierra suficiente para sus necesidades familiares, puede ser un buen organizador del trabajo, o con una idea de lo que es

rentable producir, etc. El estereotipo de "buen agricultor" varía de una comunidad a otra, esto es importante al tratar de comprender las dificultades con que se tropieza al intentar convencer a los agricultores de tal o cual actividad.

LA FAMILIA CAMPESINA

Para poder referirnos a las características especiales de la familia campesina es necesario primero hablar de los rasgos comunes a todas las familias.

La familia es un grupo social cuyos elementos están unidos por vínculos de consanguinidad, que conviven y que por regla general comparten una economía doméstica.

FUNCIONES

La función biológica del matrimonio, como una institución aprobada socialmente que regula las relaciones sexuales y la reproducción.

Ello implica ciertas funciones económicas de la familia, notablemente la de asegurar la existencia de sus miembros que no pueden obtener los medios de subsistencia por sus propios recursos, sobre todo por niños pequeños y ancianos. Otra de las funciones económicas es la de dirigir la economía doméstica.

Entre las funciones sociales cabe al menos incluir los siguientes:

- a) Seguridad (proporcionando el sustento material y otros tipos de asistencia al individuo en tiempos de trance difícil y de crisis). La familia extensa puede desempeñar también esta función.
- b) La transmisión de la herencia tanto material como cultural.
- c) La prestación de facilidades para el inicio de la vida del individuo y la terminación preliminar de su posición en la jerarquía de la estratificación, basada en la renta, el prestigio y la autoridad.

- d) Funciones educativas: La socialización y el control de la educación de los niños, la prestación de los conocimientos que necesitarán en la vida, la inculcación en ellos de los valores, normas dominantes en la comunidad y su iniciación en los grupos e instituciones sociales.
- e) Las funciones culturales de la familia van unidas a las anteriores. La economía doméstica no es sólo el lugar donde se producen bienes tanto materiales como culturales, sino el lugar donde se consumen.

La descripción de las funciones de la familia proporcionan una base para clasificar sus tipos. Así mismo nos permiten comparar las características de las familias de diversas colectividades, comunidades o culturas y descubrir los cambios producidos en esas comunidades o en la sociedad en general.

LA ESPECIFICIDAD SOCIAL DE LA FAMILIA CAMPESINA

Tomando en consideración todos los criterios que mencionamos para distinguir los diversos tipos de familia o definir sus funciones, la familia campesina es más tradicional que las demás.

Primero, se trata de una familia mayor, la familia campesina tradicional se compone generalmente de tres generaciones. Los abuelos controlan la economía doméstica y/o la de empresa, junto con los hijos e hijas casadas; en una residencia compartida al menos con uno de estos hijos.

El matrimonio típico en el campo es patrilineal, puede ser patrilocal, matrilocal o neolocal.

En las zonas rurales la pauta de elección del cónyuge rebela fuertes elementos de endogamia dentro del marco de la comunidad aldeana local; los padres todavía tienen un importante papel en la elección del cónyuge. Las ventajas económicas del matrimonio se toman a menudo en consideración y también persiste el principio de dotar a los esposos cuando se casan. Es decir que predominan los intereses familiares sobre los individuales.

La tasa de natalidad es elevada. Así mismo el divorcio es más raro en el campesino que en otros grupos sociales.

Las funciones de la familia campesina son más diversificadas y se desarrollan a una escala más amplia: como hemos visto las actividades económicas tienen relevancia y por lo tanto el tiempo disponible para esparcimiento es mínimo. Al enseñar a los niños el trabajo agrícola, la familia campesina se encarga de funciones educativas amplias no sólo de habilidades y conocimientos sino de actitudes y valores.

Todas estas relaciones se integran en forma de red conformando la "seguridad social campesina".

Proceso de endoculturación:	{	Inducir nuevas ideas. difundir las ya existentes
Proceso de reinterpretación:	{	Modificar, renovar o reacondicionar

CAMBIO SOCIAL

Jerarquía de autoridad { Dominación
Sumisión
Dependencia
Independencia
Rebeldía

Desintegración familiar { Individualismo
Rivalidad

Educación { Habilidades y destrezas
Conocimientos
Valores y actitudes

Intereses familiares { Elección del cónyuge
Formación de nueva familia
Procreación
Reserva de fuerza de trabajo
Tareas a realizar

{ Migraciones
Permanencia
Edad o sexo

La forma de
producción
campesina es
familiar

Predominantemente:
Doméstica

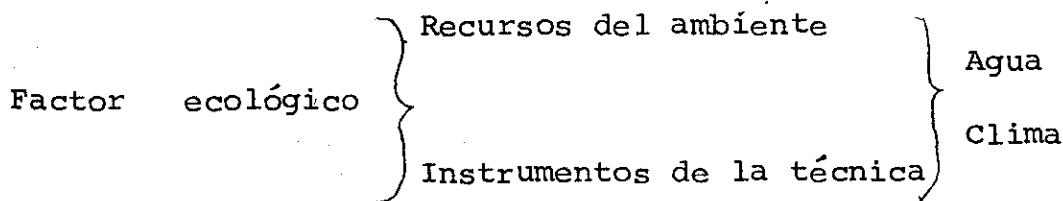
Para satisfacer
sus necesidades
familiares

Vestido
Vivienda
Tierra
Utensilios
de labranza
Prestigio
Educación
Mano de obra

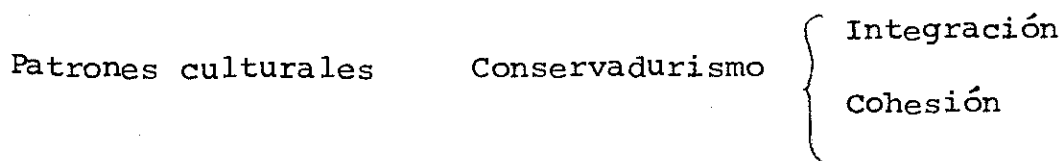
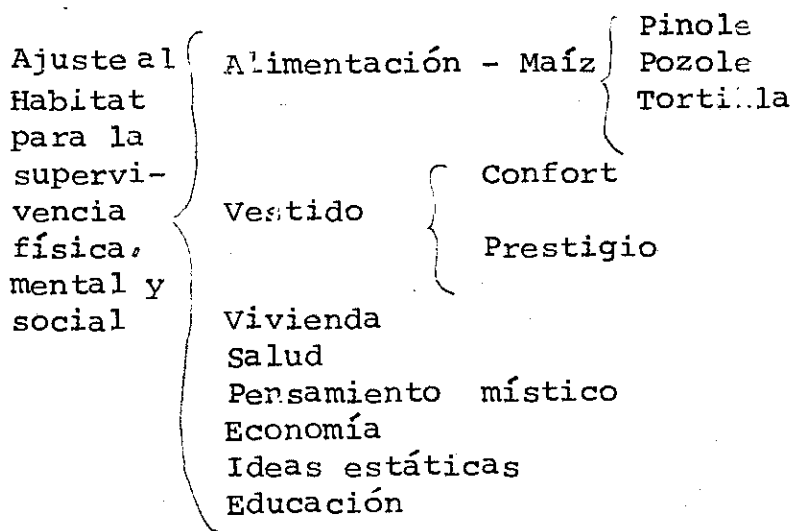
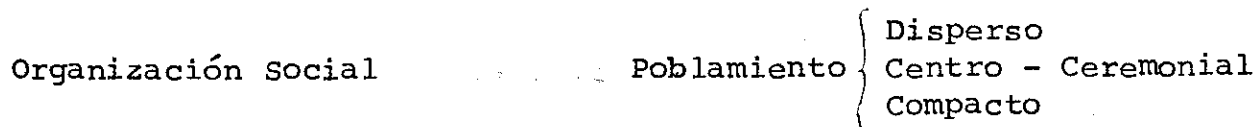
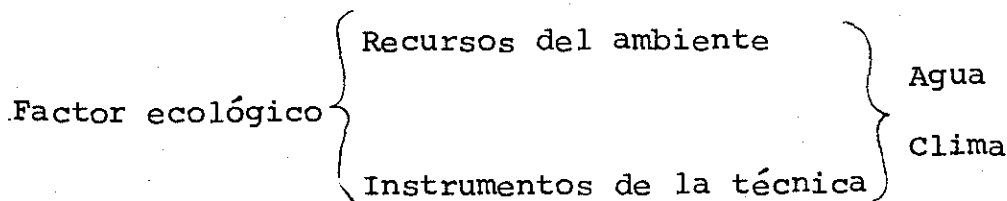
De empresa

Producción para
el mercado lo-
cal, nacional o
internacional

Productos con-
vertidos en
mercancías
Mano de obra
"no califica-
da" como mer-
cancía



Organización Social —→ Ajuste al Habitat



RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 18 DE AGOSTO

Se inició el primer tema con una exposición del Dr. Enrique Parra Dávila quien hizo un resumen de todas las actividades que se continuarán realizando durante el curso. A continuación se dio inicio al relato de las actividades desarrolladas el día anterior.

Luego se expuso por parte de los representantes de la Rep. de Panamá, quienes proporcionaron una amplia visión tanto de las características generales de su país así también como del medio rural sus problemas, situación sanitaria, etc.

Prosiguió el Lic. Gastón Martínez Matiella con el tema "Investigaciones sociales multidisciplinarias e integrales como etapa previa al diseño de un sistema de protección".

Para lo cual nos indicó que realizaríamos un ejercicio de reflexión; reuniéndonos en tres grupos, con el objeto de elaborar un pequeño documento sobre Sistema de protección social. Para intentar definir la naturaleza de este sistema en técnicas de: Objetivos Generales. Objetivos Específicos. Áreas de Protección y Población Beneficiada. Siendo los resultados los siguientes:

Por parte del grupo # 3 se realizó un planteamiento del problema y luego la formulación del subtema.

Título Sistema de protección multidisciplinaria para el municipio de Chimalhuacán, Edo. de México; Ubicación: al Noroeste del Distrito Federal; área de protección: 2,000 hectáreas; población beneficiada: 65,000 habitantes; unidad ejecutora: Dirección General para el Desarrollo de la Comunidad.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Incorporar esa población a la solución de la problemática nacional.
- II. Racionalizar la alimentación como base de sustento de los recursos humanos.

- III. Implementación de programas de medicina preventiva.
- IV. Incrementar la educación no formal.
- V. Impulsar al sector agropecuario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al primer punto:

- a) Integración del personal del programa a la comunidad.
- b) Detección de las necesidades reales.
- c) Detección de las necesidades sentidas de la comunidad.
- d) Determinación de las posibilidades de realización de las necesidades estratégicas.

Al segundo punto:

- a) Diversificación de las disponibilidades de recursos alimenticios de la zona.
- b) Racionalización de los hábitos alimentarios de la localidad.
- c) Educación nutricional a todos los sectores.

Al tercer punto:

- a) Prevención, protección y detección de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- b) Campañas masivas de vacunación.
- c) Educación y control de la natalidad.
- d) Educación higiénica
- e) Urbanización
- f) Campañas de protección al medio ambiente.

Al cuarto punto:

- a) Adaptación de todos los objetivos específicos anteriores, dentro del aspecto educativo, a la educación no formal.
- b) Capacitación en grupos de programas de educación agropecuaria.
- c) Educación preescolar (Desarrollo Infantil).
- d) Realización de convivencias de cultivo y pecuaria con los campesinos.
- e) Promoción del programa SAM.
- f) Alfabetización y enseñanza del idioma (Nahuatl) a los originales del lugar.
- g) Aprovechamiento de los medio masivos, audiovisuales, franelograma, televisión rural de México (teleaulas).

Al quinto punto:

- a) Drenaje de las tierras salitrosas como medio para poder fomentar nuevos cultivos.
- b) Realización de vías de penetración y comercialización de los productos.
- c) Fomento de nuevas técnicas de mejoramiento pecuario (inseminación artificial desgarrapatización).
- d) Establecimiento de frigoríficos móviles para mercadeo de la leche.
- e) Establecimiento del crédito supervisado por las instituciones crediticias del Estado.
- f) Fomento de la pequeña agroindustria con productos locales.
- g) Capacitación campesina sobre el cooperativismo.

GRUPO # 2

Título del tema, "Información requerida para orientar una investigación multidisciplinaria previa al diseño de un sistema de Protección Social".

Aspectos característicos del medio, (ambiente) rural.

1. Factores geográficos o elementos físicos de la estructura rural.
 - a) Suelo
 - Tipos de suelo
 - Capa fértil
 - b) Clima
 - Variaciones estacionales en el año.
 - Precipitaciones pluviales relacionadas con el suelo
 - Clima
 - c) Vías de comunicaciones
 - Tipos de caminos
 - Distancias
 - d) Flora
 - Tipos de vegetación
 - Bosques - su relación con la población
 - Economistas, médicos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, geólogos, ecólogos.
 - e) Fauna
 - Distintos tipos de animales. Su relación con la población.
 - f) Hidrografía
 - Sistemas hidrográficos existentes (lagos, lagunas, ríos).

2. Factores de organización social

a) Producción

- Organización del trabajo
- Uso del suelo
- Tenencia de la tierra
- Comercialización
- Técnicas de producción

b) Tipos de poblamiento

- Disperso
- Semidisperso
- Concentrado

c) Vivienda

- Tipos de vivienda

d) salud

- Indices de morbi-mortalidad
- Indices de natalidad
- Crecimiento demográfico
- Relación de la biología
- Nutrición
- Sanamiento ambiental
- Electrificación
- Agua potable
- Excretas
- Drenaje
- Desechos (basura)
- Medicina tradicional
- Niveles de atención médica.
- Servicios médicos con que cuenta

e) Educación

- Escolaridad
- Analfabetismo
- Número de locales
- Recursos educacionales (físicos, humanos, técnicos, etc.)

f) Estructura del poder:

Formal

- Organización política
Oficial (autoridades, oficiales, comisario)
- Autoridades reconocidas
- Liderazgo formal

Real

- Caciquismo
- Mayordomías
- De prestigio
- Religiosos
- Liderazgo natural
- Económico
- Real
- Característico
- Liderazgo (real, encubierto)

g) Aspecto ideológico

- Cosmovisión (concepción mágico religioso)
- Pautas culturales

h) Vestido

- Tipos de vestido

i) Comunicación

- Inter-étnica
- Intra-étnica

j) Integración familiar

k) Recreación

Establecer los límites de la investigación de acuerdo al planteamiento de un problema.

- Marco jurídico
- Financiamiento (cálculo del costo-beneficio)
- Necesidades de vincular cualquier sistema de protección a los programas que se efectúan en el país (programas de desarrollo a nivel nacional o regional).
- Entidad ejecutora: organismo independiente, autónomo, competitivo

ENTIDAD EJECUTORA

Objetivos Generales:

Contribuir a la elevación de los niveles de vida de la población rural, de una manera integral contemplando los aspectos bio-psico-social.

Objetivos Específicos:

Proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo a las comunidades rurales, de acuerdo a las necesidades de las mismas, mediante la elaboración de programas específicos de acuerdo a los diagnósticos efectuados por las investigaciones interdisciplinarias previas.

AREAS DE PROTECCION

Serán sujetas de este programa de trabajo, todas las zonas rurales, de acuerdo a los lineamientos generales de la población beneficiaria.

GRUPO # 1

I. Planteamiento del problema

Existe una marcada desprotección en lo referente a salud, educación y métodos de subsistencia (agropecuario) en el sector rural.

II. Supuestos

- a) Un país con un sistema capitalista.
- b) Un gobierno con intenciones serias y bien intencionadas para realizar cambios estructurales que eliminen la problemática del sector salud.
- c) El gobierno cuenta con el aparato técnico administrativo adecuado para el planeamiento, diseño e implementación de los cambios que se gesten.

III. Características fundamentales del área rural que se está tratando.

III.1 Salud

Se determinaron (según estadísticas) altos índices de enfermedad, desnutrición y mortalidad general.

III.2 Educación

Existe en el sector rural un alto índice de analfabetismo.

III.3 Métodos de subsistencia, producción agrícola de auto-subsistencia.

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

Coordinar e integrar permanentemente esfuerzos de las instituciones gubernamentales dedicadas a las actividades de seguridad social, educación y agropecuarias; a fin de eliminar la problemática existente en el sector rural.

IV.2 Objetivos específicos

1. Implantar los servicios de atención médica básicos, para mejorar las condiciones de salud del sector rural.

2. Implantar un sistema de educación al alcance de todos los miembros del sector rural y de acuerdo a las necesidades de éstos.
3. Organizar, capacitar y orientar al sector rural en las distintas actividades agropecuarias.
4. Proporcionar el financiamiento económico en forma oportuna y en las condiciones adecuadas al sector rural.
5. Garantizar al sector rural la tenencia de los medios de producción.
6. Garantizar al sector rural los beneficios obtenidos de la producción.

V. Areas de protección

V.1 La protección del sector rural se hará en forma sistemática y por fases, haciéndose inicialmente un plan experimental.

V.2 La familia será cubierta en su totalidad.

VI. Información básica necesaria.

1. Estructura del núcleo familiar
2. Presupuesto disponible
3. Factores influyentes del medio rural

Comentarios relacionados con los tres grupos.

Se concluyó que cada grupo había tocado distintos aspectos el primer grupo había profundizado en el "Qué hacer". El segundo grupo en una información de base bien completa para realizar una investigación y el tercer grupo había logrado un planteamiento con un problema específico.

También se habló de que hay que conocer bien el Status Jurídico creación de leyes o reformar las que existen, para llevar a cabo

protección -conocimiento de las fuentes de financiamiento- qué tanto va a ser el costo de ese programa de protección social; es necesario fundamentar también el financiamiento de ese programa. Hasta qué punto se puede articular a programas nacionales o regionales esa comunidad. El reclutamiento del personal; el adiestramiento del mismo.

A continuación el Lic. Gastón Martínez Matiella nos dio una charla sobre "Organización política y social de las áreas rurales. Sus implicaciones en el desarrollo nacional".

Para su exposición tomó como base el trabajo de un sociólogo mejicano Dr. Pablo González Casanova; Titulado "La democracia en México", comenzó dándonos un concepto sobre: Marginalismo y Desarrollo.

Marginalismo. El no participar en el desarrollo económico social y cultural, característico de las sociedades subdesarrolladas.

Colonialismo Interno. o el dominio y explotación de unos grupos culturales por otros.

Marginalismo y Sociedad Plural. El criterio censal para definir al indígena (que es la población super marginal que tiene todos los atributos de la sociedad colonial. El criterio censal estadístico para definir al indígena es un criterio lingüístico % de monolingües, + % de bilingües.

El problema indígena es esencialmente un problema de colonialismo interno.

Aspectos del colonialismo interno

1. El centro rector o metrópolo ejerce un monopolio sobre el comercio y el crédito indígena, con relaciones de intercambio desfavorable para las comunidades indígenas.
2. Existe una explotación conjunta de la población indígena por las distintas clases sociales de la población ladina.
3. Esta situación corresponde a diferencias culturales y niveles de vida diferenciales a grupos indígenas y ladinos aunque hay poblaciones campesinas no indígenas que tienen niveles de vida tan bajos como aquellos.

Respecto a marginalismo, sociedad plural y política se habló que muchos habitantes son marginales a la política. No son sujetos políticos ni en la información, ni en la conciencia, ni en la organización, ni en la acción.

Dos indicadores de este problema son la información y la votación en México un 19% de la población absorbe el 57% del tiraje de los diarios nacionales.

La abstención de votos es un fenómeno universal y característico de todo régimen democrático. Siempre se da el caso de ciudadanos que no votan, por desinterés, enfermedad o forma de protesta.

- a) El país se ha desarrollado cultural y políticamente, se ha integrado como nación y su cultura social y política se ha vuelto relativamente más homogénea de lo que fue en el pasado.
- b) La población nacional ha crecido con tanta velocidad que hoy el número absoluto de marginados-sociales culturales y políticos es mayor que en el pasado.

En México indígena hay dos tipos de autoridades: las tradicionales y las constitucionales. Los indios no gustan de tratar sus asuntos con las autoridades municipales constituidas siempre por blancos o mestizos y sólo recurre a ellos cuando tienen quejas contra algún blanco.

Las autoridades constitucionales son representantes de blancos y mestizos, de ahí que no representan a la comunidad indígena. La imagen del blanco inspira la más profunda desconfianza producto de una larga historia de vejaciones, humillaciones y explotación.

La imagen que la autoridad local tiene del indio es la imagen de un ser inferior, de un ser cosa.

Si las organizaciones populares que existen en buen número son controladas para que no manifiesten la inconformidad de sus coali gados, la mayoría de los ciudadanos ni siquiera tiene organizaciones para manifestar políticamente su inconformidad (no están agremiados el 23.44% de los obreros dedicados a la industria, el comercio y los servicios y el 93.6% de los obreros y jornaleros agrícolas).

PELICULA "LOS JORNALEROS"

COMENTARIOS

La obra se inicia con diferentes escenas que transportan al público al inicio del viacrucis de ese sector social. En tal sentido, se muestran escenas del medio social originario de esos jornaleros que prácticamente los expulsan de sus predios originarios. Así fundamentalmente se nota la ausencia de trabajo en esos lugares y también la dificultad de comercializar sus productos, falta de tierra, organización, falta de respaldo institucional con el crédito lo que determina condiciones infrahumanas de vida como son: desnutrición infantil, hacinamiento, promiscuidad, etc.

El desarrollo central de filme narra un largo recorrer de estas personas en busca de trabajo cada vez más escaso y menos remunerador. Finalmente se exponen varias alternativas de solución aparente para estos trabajadores como por ejemplo: emigrar hacia la gran ciudad de México, hacia los Estados Unidos, las invasiones masivas de predios latifundistas. Otra alternativa la de los jornaleros que conscientes de su problema se organizan.

BIBLIOGRAFIA

La Democracia en México, Dr. Pablo González Casanova.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DÍA 19 DE AGOSTO

De 8:00 a 8:15 horas se dio a conocer lo referente a la relatoría correspondiente a las actividades del día anterior.

A continuación iniciamos la elaboración del Documento Resumen ordenado por el Lic. Gastón Martínez Matiella. El grupo número 1 que pasó en primer término, siguiéndole el grupo número 2 y terminando el grupo número 3; habiendo hecho cada grupo su mejor esfuerzo para presentar un buen trabajo.

Bajo la dirección del Lic. Gastón Martínez Matiella se criticó, discutió y comentó lo realizado, mismo que despertó un cúmulo de inquietudes; el Lic. Martínez Matiella precisó fechas y conceptos que de 1921 al 43 hubo varios proyectos de ley que culminaron en 1943 al obtener la primera Ley del Seguro Social.

La Ley de 1943 atiende exclusivamente a trabajadores asalariados, no considera para nada a los marginales; en la exposición de motivos sí hay alguna mención al seguro para ejidatarios que posteriormente y a futuro se podrían incorporar.

El esquema modificado no tiene que ver con solidaridad social, es un régimen del Seguro Social, se llama modificado ya que en 1943 había tres tipos de seguro para trabajadores asalariados:

1. Seguro para enfermedades y maternidad.
2. Riesgos de trabajo
3. Invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada

En 1954 entraron los ejidatarios a estos tres tipos de servicio. A partir de 1954 se emite la Ley Cañera para los trabajadores de la caña con estos mismos tres seguros.

A partir de 1943 se incorporan dos conceptos fundamentales de la seguridad social como se entiende en México se incluyen los seguros sociales y la solidaridad social; de otra forma no tendría sentido que el seguro social diera programas de solidaridad social sino se incluyera en el apartado de seguridad social.

Incluye esta nueva ley un cuarto ramo de seguro de guarderías para hijos de trabajadores asegurados y esta ley del 73 preve los esquemas modificados entre los que se encuentra el seguro pero los trabajadores del campo, para los productores independientes que aparecen en el artículo 13 del Seguro Social eliminándose para ellos seguros de guardería y riesgos de trabajo; ya que todos los trabajadores independientes que son para los que rige el esquema modificado no tienen patrón y ahí no opera la configuración de un seguro de riesgo de trabajo para alguien que es su propio patrón, además de que este tipo de seguro viene a suplir el salario del patrón y este tipo de trabajador no es asalariado. Así mismo se elimina para ellos el de cesantía quedando el seguro de invalidez, vejez, muerte y el de enfermedades y maternidad, al quitarse estos programas de seguro obviamente el aseguramiento es más viable ya que las cuotas se reducen y son más óptimas.

Esto lleva pues a modificar el esquema de aseguramiento y se inscribe dentro de los Seguros Sociales obligatorios.

En otro apartado de la ley que viene a completar este concepto más amplio que es el de la Solidaridad Social.

La solidaridad social está encuadrada dentro del artículo 236 al 239.

Se precisó que entre los esquemas modificados y la firma del convenio de COPLAMAR en 1979 hay un punto de partida que se confundió como esquema modificado que fue la operación de Clínica Hospital de Campo y Unidades Médicas Rurales que se construyeron de 1974 a 1976 dentro del esquema de la solidaridad social que sirvieron de experiencia para el programa IMSS-COPLAMAR.

Dentro del desarrollo se pidió que se expusieran propuestas de cómo atender los servicios médicos en forma económica, eficiente y oportuna a poblaciones dispersas del campo mexicano, habiendo escuchado muchas y reconociendo que las aceptables para la realidad de dicha población son las acciones que realiza en forma efectiva de IMSS-COPLAMAR (Programa de Solidaridad Social).

Se habló de:

- a) Establecer dos niveles
 1. Consulta externa
 2. Clínica Hospital de Campo

- b) Medicina tradicional y medicina científica y algunas formas de conciliación.

Principales obstáculos a que se enfrentan la implantación de los médicos en una sociedad con problemas de marginalismo y la exdivisión de los servicios médicos en el contexto de conformalismo interno.

Sabiendo que la economía de México está desarrollada en un sistema capitalista dependiente, basada en relaciones de explotación entre las diferentes clases sociales existentes y de sobre explotación hacia aquellos grupos más marginados del país, trataremos de enunciar los principales obstáculos a que se enfrenta la implantación de servicios médicos y la extensión de estos servicios en el contexto de colonialismo interno, hacia esta población.

Ya que la lógica misma del sistema dependiente es no producir condiciones de marginalidad, siendo esto una contradicción del mismo partiendo de dos elementos: nivel estructural y nivel super estructural.

Nivel estructural

Entendiendo que éste se reproduce tanto a nivel regional como a nivel nacional, debido a condiciones internas y externas.

Siendo las internas la gran vinculación que existe entre la burguesía nacional y la internacional, por participar más activamente dentro del mercado internacional; entre las externas citaremos el papel estratégico que México tiene internacionalmente por situaciones geopolíticas y por sus recursos naturales.

Nivel super estructural

Nos enfrentamos a cuestiones como el Papel del Estado que con justificaciones jurídicas e ideológicas tiende a reproducir sus propias características.

Tradicionalmente los grupos marginados de la actualidad han venido arrastrando problemas de miseria, insalubridad, analfabetismo, enfermedades, etc., en distintos grados y es esa explotación histórica a la que han sido sometidos, lo que constituye su rechazo

a ciertas medidas llevadas a cabo por el estado para tratar de integrarlos al desarrollo del país.

A partir de la Revolución Mexicana (1910) se va manifestando la necesidad de la protección social y ya para 1917 se constituyen algunas prestaciones sociales como la creación de algunas secretarías de estado, que enfocan sus actividades a la población marginal. Siendo en 1938 donde se establece un segundo proyecto de Ley del Seguro Social.

En 1954 hace el propósito de llevar seguridad social a la población rural que tiene ingresos en Baja California, Sinaloa y Guerrero.

En 1973 se modifica la Ley del Seguro Social en sus artículos 8, 232, 234, 236, 237, 238, 239, 242, 246 y 247 para llevar los beneficios de la seguridad social a los marginados surgiendo el esquema modificado, que consta de 310 OMR, IMSS, CONASUPO y CHC para aquellos sectores desprotegidos de la salud.

En 1977 se genera la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de Presidencia de la República (COPLAMAR) tendiente a otorgar, los mínimos de bienestar social a través de políticas específicas en beneficio del sector menos beneficiado mediante convenios celebrados de ésta con el IMSS 25 de mayo de 1969 CONASUPO, SEP, STPS, SARH, SAOP, etc., que tratan de brindar en un momento dado la protección social a los habitantes marginados de todo el país.

Principales obstáculos a que se enfrenta la implantación de los servicios médicos en una sociedad con problemas de marginalismo.

Un obstáculo básico a nivel operativo es que para el funcionamiento efectivo y la extensión de los servicios de seguridad social, la contraparte de la respuesta campesina en forma de organización del trabajo comunitario. Esto se dificulta por la disposición de las comunidades, por sus resistencias culturales y por su diferente concepción de salud y enfermedad.

Otra dificultad es el efecto del paternalismo de las políticas estatales de "ayuda" al sector rural, así como la desconfianza ante cualquier proyecto del Estado debido al tradicional incumplimiento de sus ofrecimientos.

Un serio problema es que los individuos que se encargan directamente de implementar los proyectos de seguridad social, como es el caso de los médicos de la OMR, no tienen un conocimiento de los aspectos económico - sociales - culturales que les permita en tender los problemas reales de las comunidades. Su formación uni versitaria no contempla este tipo de instrucción en aspectos sociales.

La imposición vertical de los programas provoca que no tengan arraigo en las comunidades y no sean sentidos como propios por los beneficiarios, esto se manifiesta, entre otras formas, en el desplazamiento de la medicina tradicional por la occidental sin buscar su apoyo y conciliación.

A nivel regional y local existe un fuerte obstáculo por parte de las autoridades y grupos de poder-económico-político que se oponen a un cambio cualitativo en las condiciones de vida de los cam pesinos e indígenas.

La marginación es estructural y los servicios de protección social únicamente funcionan como paliativos.

GRUPO No. 1

TEMA. - EL MARGINALISMO Y DESARROLLO.

SUBTEMAS:

- a).- Principales obstáculos a que se enfrenta la implantación de los Servicios Médicos en una Sociedad con problemas de Marginalismo.
- b).- La extensión de los servicios médicos en el contexto -- del " Colonialismo interno.

DESARROLLO DEL TEMA. A.

Para determinar los obstáculos se tomaron en cuenta -- dos enfoques.

- 1.- Enfoque administrativo gubernamental.
- 2.- Enfoque del gremio marginal.

INTRODUCCION GENERAL.

- 1.- Ubicación conceptual introducida.

Una Sociedad con problemas de marginalismo es aquella cuya mayoría de integrantes no participa en la Sociedad - económica activa, es evidente que dentro de esa enorme población hay una proporción elevada que carece de cada uno y todos los bienes materiales, culturales que caracterizan mínimamente a la población desarrollada, y que - es una población que vive en condiciones con características de la población colonial y subdesarrollada, por lo cual minimiza la insentivación individual familiar en todos los aspectos heterogéneos .

- II.- Enunciado de los obstáculos.

A. I.- Obstáculos Gubernamentales

- a).- La existencia de programas excesivamente burocráticos - y de tipo vertical (politizados) que los convierte en no viables o sea socialmente no aceptados.
- b).- La utilización de los financiamientos es inadecuada ya que son utilizados para otros fines alejados de la atención médica al Sector Marginal (Equipo, carros, creación de nuevas plazas innecesarias y sueldos inapropiados).

- c). - No hay concientización adecuada al personal que opera dichos programas, ni capacitación necesaria .
- d). - No hay una integración completa hacia los sectores marginales para incrementar servicios médicos pues generalmente se instrumentaliza la atención médica , como medio de demagogia.
- e). - Falta de difusión de los beneficios de los servicios que mínimamente se ofrecen al Sector Marginal y el marco jurídico en que se desenvuelven.
- f). - Existe un marcado menosprecio a las creencias curativas.
- g). - La dispersión de la población marginal.

DESARROLLO DEL TEMA. B : La extensión de los servicios médicos en el contexto del colonialismo.

- I. - Ubicación Conceptual introducida.
(Colonialismo Interno).

La movilización social, política y económica del ser humano en el universo en que se desenvuelve, se ha visto dominada por un factor heterogéneo que minimiza el desarrollo de explotación de los recursos para beneficio de las mayorías (clase marginada - populares) lo que provoca inminentemente el dominio y explotación de unos grupos culturales por otros dentro de una Sociedad.

II. - ENUNCIADOS DEL TEMA.

- a). - Los problemas implícitos en éste enunciado son iguales en proporción a los incisos previos (obstáculos gubernamentales) y además los siguientes :
 - 1. - Los servicios médicos existentes (escasos o abundantes) -- son aprovechados por el grupo dominante y no por la población dominada a quien preferentemente son dirigidos.
 - 2. - Estos servicios son implantados verticalmente por el grupo dominante sin la participación del grupo dominado.
 - 3. - Falta de integración entre la medicina formal y la medicina tradicional llegando ocasionalmente a fricciones .
 - 4. - La implantación de servicios médicos no obedecen a una -- planificación adecuada que permita racionalmente atender - a la población marginal.
 - 5. - Al introducir los servicios médicos no son tomados en cuenta las autoridades no formales reconocidas por la población

ANEXO # 30

- 6.- Hay una ruptura de las tradiciones del Grupo familiar -
en relación a la atención médica.

PARTICIPANTES COMISION COORDINADORA.

- | | | |
|-----|----------------------------|--------------|
| 1.- | José Gilberto Rivera Mejía | HONDURAS |
| 2.- | Benjamín Ramírez. | EL SALVADOR. |
| 3.- | Andres Avelino Medina. | HONDURAS. |
| 4.- | Paulino Sánchez. | MEXICO.D.F. |
| 5.- | Teresita | NICARAGUA. |
| 6.- | Consuelo Chacón. | MEXICO;D:F. |
| 7.- | Luis Murillo. | PANAMA. |

DOCUMENTO PARA CONSIDERACIONLA EXTENSION DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN EL CONTEXTO DEL CONCEPTO DE COLONIALISMO INTERNOCONTENIDO

- 1- SITUACION: ACTUAL. (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)
 - 2- OBSTACULOS. a) MARGINALISMO INTEGRAL RURAL
 b) PARTICIPACION POLITICA DE LA SOCIEDAD RURAL
 Y SUS IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DE LOS
 SERVICIOS MEDICOS
 - 3- CONCLUSIONES
 - 4- RECOMENDACIONES
 - 5- REFERENCIAS-BIBLIOGRAFIA
-

PARTICIPANTES:

Lic. Jorge Vazquez Cortes
Dr. Mario Alcides Padilla
Te. Salubrista Julio Cesar Herrera
Dr. Enrique Serra Rojas B.
Trab. Soc. Ruth Lacayo Blanco
Sociologa. Esther Alvarez Mestres
Javier Mariel Herrera
Dr. Nelson Didiez Nadal

SITUACION ACTUAL. (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA).

CEPTO DE MARGINALISMO.

El no participar en el desarrollo económico, social y cultural, el pertenecer al gran sector de los que no tienen nada es particularmente característico de las sociedades subdesarrolladas.

Colonialismo Interno. - La heterogeneidad cultural, económica y política que divide a la sociedad en dos o más mundos con características distintas se haya ligado a otro fenómeno mas profundo que es - el colonialismo interno, o el dominio y explotación de unos grupos - culturales por otros.

El marginalismo se puede medir de distintas maneras: Los censos reportan datos útiles como: Analfabetismo, la población que no come trigo, leche, carne ó huevos, la población que no usa zapatos, la población en edad escolar es predominantemente rural, aunque hay marginados en las ciudades cuya forma de vida se asocia a la sociedad rural.

Hay una especie de marginalismo integral, así la población que es marginal en un aspecto tiende a serlo en todos los demás.

En México, en términos porcentuales la población marginal tiende a disminuir pero aumenta en números absolutos, y ^a aumentar también en números absolutos y relativos la población participante.

La Población "Indígena " tiende a disminuir en su mono-linguismo y a incrementarse en el bilinguismo.

La población indígena en los términos relativos ha disminuido pero ha aumentado en términos absolutos.

Utilizando un criterio no lingüístico sino de pertenencia a la comunidad indígena se observa que el porcentaje puede llegar al 20 o 25 % de la población nacional.-- Esto conlleva a problemas en cuanto se refiere a tratar de extender los servicios médicos a este tipo de comunidades ejemplos: 1o. - Se toma usualmente varias características de esta comunidad. - 2o. - Existen tendencias implantadas en esa -- comunidad para procurarse la salud en primera intención.

2- A. - SOCIEDAD PLURAL Y COLONIALISMO INTERNO. (Marginalismo integral Rural. _ Evidentemente la ideología del liberalismo, que considera a todos los indígenas como iguales ante el derecho, constituye un avance muy grande junto a las ideas racistas prevalencientes en la colonia .

Hoy el problema indígena es abordado como un problema cultural.

La movilidad social y política del país ha llevado a hombres de raza indígena a -- los más altos cargos y les ha permitido alcanzar el status social más elevados - en la Sociedad Mexicana.

Un hombre de raza indígena con cultura nacional no recibe la menor discriminación por su raza: puede resentirlo por su status económico , por su papel ocupacional o político.

El problema indígena es esencialmente un problema de colonialismo interno. Las comunidades indígenas son nuestras colonias internas , tienen las características de la Sociedad colonizada . Acostumbrados a pensar en el colonialismo como un -- fenómeno internacional, no hemos pensado en nuestro propio colonialismo.

A oscurecer el fenómeno, también ha contribuido en forma muy importante el hecho universal de que el coloniaje interno como el internacional presenta sus características más agudas en las regiones típicamente coloniales, lejos de las metrópolis y que mientras en éstas se vive, sin prejuicios colonialistas, sin hechos colonialistas, e incluso con formas democráticas e igualitarias de vida, en las colonias ocurre lo contrario: el prejuicio, la discriminación, la explotación de tipo colonial, las formas dictatoriales, el alineamiento de una población dominante con una raza y una cultura y de otra población dominada con una raza y cultura distintas.

Esto es lo que también ocurre en México: en las áreas de choque, en las regiones en que conviven los indígenas y los ladinos se dan el prejuicio, la discriminación, la explotación de tipo colonial, las formas dictatoriales y el alineamiento racial-cultural de las poblaciones dominantes y dominadas; la diferencia con el colonialismo internacional es que algunos miembros de las comunidades indígenas pueden emigrar a las ciudades y ocupar una posición o tener una movilidad semejante a las clases bajas urbanas, pero esto se reduce a muy pocos ciudadanos y no rompe con el colonialismo interno.

Aspectos del Colonialismo Interno.

1. - El centro rector o metrópoli ejerce un monopolio sobre el comercio y el crédito indígena, con relaciones de intercambio desfavorables para las comunidades indígenas.

Coincide el monopolio comercial con el aislamiento de la comunidad indígena con respecto de cualquier otro centro ó mercado; con el monocultivo, la deformación y la dependencia de la economía indígena.

2.- Existe una explotación conjunta de la población indígena por las distintas clases sociales de la población ladina.

La explotación es combinada, como en todas las colonias de la historia moderna, mezcla de feudalismo, capitalismo, esclavismo, trabajo asalariado y forzado, aparcería y peonaje, servicios gratuitos.

Despojos de tierras a las comunidades para privarlos de sus tierras y convertirlos en peones o asalariados. La explotación de una población por otra corresponde a salarios diferenciales para trabajos iguales y a discriminaciones lingüísticas, culturales, sociales, jurídicas, políticas y sindicales con actitudes colonialistas de los funcionarios locales e incluso federales y por supuesto de los propios líderes ladinos de las organizaciones políticas.

3.- Esta situación corresponde a diferencias culturales y niveles de vida diferenciales a grupos indígenas y ladinos aunque hay poblaciones campesinas no indígenas que tienen niveles de vida tan bajos como aquéllos.

La economía se caracteriza por ser de subsistencia, mínimo nivel monetario y de capitalización. Tierras de baja calidad, carencia de tecnología moderna; bajo nivel de productividad, carencias de servicios, índices altos de alcoholismo y prostitución, agresividad de unas comunidades contra otras, además de cultura mágico-religiosa, manipulación económica y política.

Todos estos fenómenos corresponden a la herencia de la estructura colonial y constituye el fenómeno de colonialismo interno y característico de

b) PARTICIPACION POLITICA DE LA SOCIEDAD RURAL
Y SUS IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DE LOS
SERVICIOS MEDICOS

El marginalismo social y cultural tiene relaciones obvias con el marginalismo político. Para entender la estructura política de México es necesario comprender que muchos habitantes son marginales a la política, no tienen política de los que si la tienen. No son sujetos políticos ni en la información, ni en la conciencia ni en la organización ni en la acción.

Dos indicadores de este problema son la información y la votación; en México un 19% de la población absorbe el 57% del tiraje de los diarios nacionales y al 81% de la población el 43%. Esta circulación se da fundamentalmente en las ciudades o sea que el 50% de la población o más carece de la información periodística que es básica para estar enterado, para tener la información nacional e internacional que es característica de la población del siglo XX. Y aunque algunos piensen que entre la prensa que tenemos y el pueblo lo mejor es el desierto, la verdad es que el aislamiento, la falta de comunicación y la ausencia de los males de una moderna enajenación, sólo dan pábulo a un tipo de enajenación y de ignorancia política propia de la sociedad cerrada, tradicional o aldeana e incluso arcaica.

3.- CONCLUSIONES.

A).- A la integración del país a la disminución relativa de la población marginal y al incremento absoluto de la población participante corresponde sin embargo un crecimiento absoluto de la población marginal. Esto es, que si hoy existe en México una proporción de población menor marginal, sin embargo en números absolutos, hay una cantidad mayor que en el pasado, de mexicanos marginales, que constituyen un problema económico, cultural, y político de magnitud nacional.

B).- Esta población marginal tiende a ubicarse en el campo y a ser marginal no solo en un aspecto sino en varios a la vez, con lo que tenemos -- una población marginal integral desprovista, de todos los bienes mínimos de desarrollo, de alimentación, calzado, educación, y asistencia médica. Estos hechos constituyen el reto más vigoroso al desarrollo del país y a la política nacional y dar a la estructura social de México las características de una sociedad dividida en dos grandes sectores, la de aquellos mexicanos que participan el desarrollo y la de aquellos que están al margen del desarrollo y la protección social.

4.- RECOMENDACIONES. -

- 1.- Estudio y adecuación de la legislación sanitaria actual para adaptarla a la problemática planteada.
- 2.- Combatir el colonialismo interno.
- 3.- Incorporar estas comunidades al desarrollo actual del país.
- 4.- Unificar esfuerzos institucionales para la extensión de los servicios médicos.
- 5.- Incorporar a la participación política a las poblaciones referidas para su mayor poder de presión y expresión.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 20 DE AGOSTO

Se inició la sesión de este día con la presentación de parte de los delegados de Panamá, de informaciones generales de su país a todos los compañeros participantes.

A continuación se presentó el expositor de este día Dr. Armando Cordera quien expuso los siguientes temas:

- "Modelos de Planificación"
- "El proceso administrativo"
- "Características generales de los sistemas de atención médica"
- Y por último el estudio individual y/o grupal.

El Dr. Armando Cordera inició su brillante exposición con el tema: "Modelos de Planificación" (ver anexo)

Define el concepto de modelo como la representación de la realidad, hechos (modelos de Isomorfismo) en forma esquemática, gráfica, etc.

El sistema educativo se ha basado en las necesidades sociales y en las demandas y aspiraciones. Todos los procesos de demanda terminan por concluir centradas en el proveedor, porque satisface las necesidades del mismo.

Teniendo los valores sociales, necesidades sociales y las demandas aspiraciones es cuando se inician los programas. Se citan muy sabiamente a Wilfredo Paretho con su Ley de Paretho o Ley del 80-20 que dice: "Los recursos son siempre insuficientes para satisfacer las necesidades, por lo tanto hay que utilizarlas donde tengan mayor impacto". Los programas deben ser extensivos y prioritarios para repartir los recursos de acuerdo a las necesidades.

¿Cómo estudiar los valores?

- a) De la población

- b) De los proveedores de servicios
- c) De las autoridades

Todo programa de cualquier índole tiene las siguientes características: IN-PUT, PROCESO, RESULTADO

El análisis situacional se mide de las siguientes formas:

1. Población
2. Vivienda
3. Tecnología
4. Prácticas sociales
5. Líderes de la comunidad (no es la autoridad)
6. Enfermedades
7. Economía
8. Costumbres
9. El estar con nosotros o contra nosotros
10. El dónde acude cuando tienen problemas

Análisis Situacional se mide por:

- a) Marco legal
- b) Marco económico
- c) Marco socio-político

PLANIFICACION

Se define como la toma de decisiones sistemáticas para tratar de aprovechar las oportunidades al máximo y disminuir los riesgos Manuel Castells (Sociólogo español) establece la diferencia de Planificación y Planeación, que la define como el conjunto de planes específicos que integran la planificación.

La planificación parte de la definición de propósitos.

Propósitos de la planificación:

- a) De impacto resultados directos en la población.
- b) De productos que es el conjunto de conocimientos que tienen valor propio del valor humano o de la institución.
- c) Y los propósitos marginales que son muy importantes, y generalmente no están explícitos.

Se abordó el tema de Objetivos, definiéndose éste como la consolidación de resultados a la que queremos llegar una vez terminadas las acciones.

Objetivos operacionales: son enunciados de la conducta de los alumnos una vez cesada la acción del proveedor.

Cuando los objetivos están bien enunciados los programas son eficientes.

Se hace énfasis en la obra del Sociólogo Roberto F. Maguer "La confección de Objetivos para la enseñanza".

El objetivo debe ser expresado de una forma unívoca, factible, claro, viable y medible.

Para enunciar Objetivos es necesario expresar la variable institucional la cual va a registrar los resultados tales como:

- a) Conducta demostrable (capacidad de actuar)
- b) Las condiciones
- c) Grado útil de especificidad
- d) Criterio de precisión

Se realizó práctica de elaboración de objetivos donde se reunieron los requisitos específicos.

Se enmarca la importancia de la diferencia dentro de los fines y los medios.

Los objetivos definen la política y forman una gran pirámide:

- 1. Políticas confidenciales
- 2. Políticas de grado medio
- 3. Política pública
- 4. Procedimiento
- 5. Reglamentos

Hay diferentes tipos de políticas v.gr.:

- 1. Reducción de gastos
- 2. Reducción de tiempo

Después de tener la política definida hay que definir las estrategias o acciones que hay que llevar a cabo para realizar la política y siempre buscar las relaciones internas con las externas para lograr los objetivos.

Los planes: son las partes técnicas que se manejan por separado pero relacionándose entre sí.

Todo programa tiene su "IN-PUT" proceso y resultado.

Todo proceso administrativo tiene los siguientes pasos:

1. Organización: que a su vez se compone de:
 - a) Funciones
 - b) Tecnología
 - c) Estructura
 - d) Gente que realice las tareas

Las funciones en sistema de atención médica pueden ser las siguientes:

- a) Funciones de servicios (preventivas, curativas, control)
- b) Funciones administrativas
- c) Funciones de investigación (relación de los problemas relacionados con los programas)

Se definió el término implementar cómo conseguir los medios para hacer las cosas. La tecnología va seleccionando la función a realizar.

La gente es reclutada, educada y capacitada para ejercer los planes. Todas estas funciones deben de contar con una supervisión que sirve de apoyo para corregir defectos y poder probar si nuestras acciones van bien encaminadas.

Los resultados se miden en dos formas:

1. Estado de salud de la población
2. Estado de satisfacción de la población

Para medir el estado de salud de la población se emplearon diagnósticos y para medir el estado de satisfacción se emplearon encuestas, entrevistas, etc.

Para medir la satisfacción hay que medir el proceso o el programa. Este lo podemos medir de la siguiente manera:

- a) Contexto
- b) Contenido
- c) Proceso
- d) Producto

Enfoque situacional o de contingente: Este corresponde a la forma de producción dependiendo de la tecnología de un país determinado.

Todo sistema de atención médica sigue las necesidades o interés de un lugar determinado.

Modelo de planificación: Se dividen en:

- 1. Producción
- 2. Operativos
- 3. Modelos conceptuales

Modelos de predecisión: son modelos tentativos que se le presentaron a las autoridades para su aprobación y formaron una gran columna a saber:

- 1. Problema presentado
- 2. Objetivos
- 3. El afecto al problema
- 4. Redefinición de los niveles (donde los objetivos sufren modificaciones)
- 5. La medición periódica o evaluación
- 6. Recursos para la medición periódica
- 7. Acciones

Sistema de Atención Médica: Para implantar cualquier sistema de atención médica se debe tener siempre presente los siguientes pasos:

- 1. Disponibilidad, recursos propios, en el tiempo y espacio para satisfacer los objetivos del programa.

2. Acceso (geográfico y de comunicación)
3. Aceptación: distintos grupos sociales, tienen distintos tipos de aceptación a los servicios de atención médica.
4. Calidad
5. Costo; hasta donde una sociedad está dispuesta a pagar la atención médica.

Por la noche, el grupo asistió al teatro para presenciar la obra titulada "El Extencionista" misma que trata los problemas rurales que bien pueden extrapolarse a toda América Latina y que fue una gran enseñanza complementaria para los objetivos que persigue el curso.

MODELO DE UN SISTEMA DE ATENCION MEDICA.

Lo definen:
Valores Sociales e Individuales

Liberal
Igualitario

**NECESIDADES
SOCIALES**

1.- Demanda
- Satisfecha
- Real
- Anticipatoria
2.- Aspiraciones

PROGRAMAS
- Extensivos
- Prioritarios

IN SUMO

Factores (definición)
factores genéticos.
factores culturales
Legislación
Recursos
- Materiales
- Técnicos
- Humanos
- Económicos
Planeación
- Propósitos
- Objetivos
- Estrategias

Taxonomía Bradshaw
Maslow (niveles)
Nyberg & Strong

Perrow:
Dominio del paciente
Dominio del médico
Dominio del administrador

Campbell *Comercial*
Sistema Nacional Competitivo
Profesional-Administrativo
Democrático-Consultivo

Disponibilidad
Acceso (Isócrono)
Aceptación (calidad)
Eficiencia (costos)
Soporte comunitario
Coordinación con
otros sistemas de
Atención Médica.
Niveles de Atención
Médica.
Regionalización
Mercadotecnia

Componentes:
- Estructurales
- Funcionales
- Acciones
- Funciones
- Actividades

Habilidades
Conocimientos
Destrezas
Esfuerzos
Responsabilidades

Objetivos
Operacionales

Objetivos
Educativos
- Conocimientos
- Actitudes
- Psicomotores

PROCESO

Organización
- Funciones
- Tecnología
- Gente
- Estructura
- Integración
Implementación
Implantación
Definición de
- Estándares
- Normas
- Procedimientos
Dirección
Supervisión
Control

EVALUACION

Edo. de salud.
- Corto plazo
- Mediano plazo
Edo. de satisfacción

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 21 DE AGOSTO

A las 8:00 horas se dieron comienzo a las actividades del día anterior, leyendo la relatoría del día 20 de agosto de 1981.

El Lic. Salomón Nahamar (antropólogo) nos expuso el tema "Educación en las zonas indígenas"

En México a través de la conquista se trató de destruir todo vestigio de las culturas anteriores. Esto se dio con la implantación de un nuevo sistema político y a través de la evangelización.

Con el nuevo gobierno independiente se toman medidas de carácter político para con la población indígena.

- Se desamortizan sus tierras
- Se les cambiaba de una región a otra.

Esto provocó más de 100 levantamiento de pueblos indígenas en el siglo pasado. El gobierno se plantea la necesidad de la educación de estos grupos para su incorporación a la cultura occidental.

Esta medida vuelve a traer descontento entre estos grupos de indígenas en el país, pues se rebelan ante quienes pretenden quitarles su vestigio cultural. Gran resentimiento que floreció más tarde con la Revolución de 1910.

El gobierno revolucionario tiene que enfrentarse con dos problemas.

1. La tenencia de tierra

En el norte del país se exigía la propiedad privada. En cambio en el sur (zonas indígenas) se pedía la repartición de sus tierras comunales.

2. La manera de educar al indígena para integrarlo a la hegemonía nacional.

Con el Presidente de la República, General Alvaro Obregón se trató de implantar el primer proyecto indígena de educación. Un internado (La casa estudiante indígena) en la capital a donde se traían a una pareja de indígenas de cada zona. Ahí se les trataba de adaptar al sistema occidental para luego regresarlos a sus lugares de origen.

Vasconcelos (Ministro de Educación) también trató de implantar un Modelo de Educación a estas zonas indígenas. Se hacen obras bilingües.

Rafael Ramírez también diseña un Modelo de Educación para el campo. Internados en el campo donde se trata de modificar sus hábitos y costumbres.

Tanto el Presidente Obregón como Vasconcelos y Rafael Ramírez trataban de homogenizar a todo México culturalmente pero esto no era fácil ya que la población indígena se resistía a dejar sus hábitos culturales y aceptar nuevos modelos de vida.

En el mundo existen 2,500 grupos étnicos en 150 diferentes países. De ahí a que se plantee diferentes tesis a nivel mundial.

1. Aceptar y respetar la pluralidad de estos grupos.
2. Tratar de homogenizar a estos

En 1930 en México surge una discusión de carácter teórico y práctico. Se plantea la necesidad de que el niño indígena se eduque en su propio idioma. Lo importante es la adquisición de conocimiento.

Se hacen varios planteamientos:

1. Se crea en el IPN la Escuela de Medicina Rural para la población indígena.
2. En la escuela de Antropología se estudia la realidad social con fines pragmáticos a partir del conocimiento científico.

Hubo una gran discusión entre los empiristas y antropólogos y sociólogos que prevalece hasta nuestros días. Aunque poco a poco se han ido modificando los métodos educativos en la SEP. Se acepta la educación de maestros indígenas para que impartan una educación

bilingüe correctamente. Este sistema se ha consolidado últimamente.

Existen 20,000 maestros bilingües que imparten clases a 500,000 niños indígenas. Esta educación se imparte en 50 idiomas con sus diferentes dialectos. Se trata que no cambien sus hábitos culturales (vestido, lengua, etc.).

La dispersión en estas zonas es una característica muy común por lo que existen albergues educacionales con cocineras indígenas que los alimentan con lo que ellos acostumbran comer. Visten de acuerdo a sus grupos y los fines de semana los niños se integran con sus familias.

A las 10:30 horas de la mañana la Srta. Ma. Teresa Mc. Dermitt presentó la ponencia "Situación actual de los programas de protección social rural. Necesidades específicas y prioritarias".

Doctrina Internacional de Salud

En 1978 se juntaron países de todos los continentes para tomar medidas sobre la salud. El lugar de la reunión fue Alma-Ata, Rusia. El tema de Alma-Ata fue salud para todos. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos.

La atención primaria debe tomar parte del sistema nacional y debe basarse en patrones de vida característicos de la población a servir y deben de satisfacer las necesidades de la comunidad.

Existen políticas que impiden que se lleve a cabo la política de llevar la salud a toda la población:

1. Fortaleza de salud

Cobertura limitada, atención tardía, poca participación usuarios. Centrada en consultorio y hospital.

2. Pesca de usuarios

Mejor cobertura en algunos programas, atención fragmentada, participación usuarios en algunos programas. Centrada en consultorio y hospital.

3. Centro de apoyo o acción comunitaria

Alta cobertura de acciones de acción de atención primaria. Atención integral y continuada. Centrada en domicilio y comunidad. El usuario protagonista de las acciones.

Aquí se hizo un taller de los diferentes grupos. Se resolvió un pequeño cuestionario. Después se hicieron comentarios sobre el taller se anexa las conclusiones a las que llegaron los diferentes grupos. (Ver anexos)

Para evaluar la salud se usó una metodología:

1. Base demográfica - conocer población
2. Coberturas útiles - cobertura 100%
3. Recorrido Sanitario Periódico
4. Selección de actividades de acción primaria. Salud
5. Criterio riesgo - probabilidad daño o peligro
6. Apoyo técnico administrativo sostenido - la supervisión es clave en este punto.

Las actividades de atención directa a este nivel abarca entre otros los siguientes puntos:

- a) Elaboración croquis
- b) Censo domiciliario
- c) Promoción de la organización social para la salud
- d) Acciones en la atención materno-infantil
- e) Programa ampliado de inmunizaciones
- f) Control tuberculosis
- g) Control diarreas agudas
- h) Atención de morbilidad común
- i) Saneamiento ambiental
- j) Educación para la salud en relación con las actividades del primer nivel.

Actividades de Apoyo Técnico-administrativo de primer nivel de Atención son:

- I. Definición actividades y tareas de primer nivel de los programas.
- II. Apoyo a la organización y desarrollo comunal.
- III. Programación de las actividades del primer nivel en su área.
- IV. Supervisión de la ejecución de las acciones integrales del primer nivel.
- V. Selección de los agentes sanitarios y auxiliares del primer nivel. Y realización de los programas de capacitación y de educación.
- VI. Enlace entre el primer nivel de atención y los otros niveles para facilitar el flujo ascendente y descendente de los procesos de programación, información, evaluación, así como de referencia y contrareferencia de casos.

PRIMER TRABAJO DE GRUPO

Grupo # 3

1. ¿Consideran ustedes que basta establecer un servicio de salud en una comunidad para que la gente acuda?

SI NO

En caso negativo ¿cuáles son los factores que afectan la utilización del servicio?

Principales obstáculos a que se enfrenta la implantación de los servicios médicos en la sociedad con problemas de MARGINALISMO.

Obstáculos:

1. El no participar en el desarrollo económico, social y cultural.
2. Pertenecer al gran sector de los que no tienen nada.
3. El analfabetismo.
4. La población super marginal indígena que tiene casi todos los atributos de la sociedad colonial.
5. El monolingüismo indígena.
6. El porcentaje de población indígena puede llegar al 20 ó 25% de la población nacional.
7. El coloniaje interno ladino.
8. El comercio y el crédito indígena en relaciones de intercambios desfavorables.
9. Aislamiento de la comunidad indígena respecto de los mercados.
10. Monocultivo.

11. Despojos de tierra a las comunidades.
12. Salarios diferenciales para trabajos iguales.
13. Economía de subsistencia.
14. Tierras de baja calidad con carencia de tecnología moderna.
15. Carencia de servicios.
16. Cultura mágico-religiosa
17. Manipulación económica y política
18. NO ser sujetos políticos ni en la información ni en la conciencia, ni en la organización, ni en la acción.
19. Crecimiento del número absoluto de marginados sociales, culturales y políticos.
20. Dos tipos de autoridades: las tradicionales y las constitucionales.
21. NO tratar las comunidades indígenas sus asuntos con las autoridades principales.
22. El control del pueblo no organizado por los organismos y las organizaciones gubernamentales o paragubernamentales.
23. La población marginada al voto.
24. Actos de caridad social y no de justicia y de desarrollo.
25. Exiguos recursos a las instituciones dedicados a este inmenso sector.

2. ¿Qué medidas sugieren ustedes para cambiar la postura básica de los funcionarios del primer nivel de atención de una de "espera pasiva" a una de "búsqueda activa"?

R = Acción comunitaria y domiciliaria promocional y preventiva canalizada a la postura de fortaleza.

3. ¿Qué entienden ustedes por atención primaria, asistencia sanitaria esencial, científicamente fundada, socialmente aceptable, al alcance de los individuos, tomando a la familia y a la comunidad como primer contacto?

Elaboren el concepto del grupo en no más de diez líneas.

R = Conjunto de individuos que integrados en una determinada área geográfica y comunidad, persiguen mismos fines que pueden ser: Sociales, culturales, económicos y/o políticos.

4. ¿Existen programas de extensión de la cobertura de los servicios de salud con estrategia de atención primaria en los países donde ustedes trabajan?

R = México: IMSS-COPLAMAR; Nicaragua: Sistema único de Salud en coordinación del INSS utilizando médicos como brigadistas de salud; Panamá: Sistema Integrado de Salud; Dominicana: 1) Programa de clínicas rurales o unidades básicas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2) Programa de medicina preventiva y social, Instituto Dominicano.

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO

Grupo # 1

1. NO

¿Por qué?

- a) No solo basta establecerlo, sino que también efectuar una suficiente difusión para concientización de operarios y usuarios.
- b) Existe una barrera de incompreensión entre el proveedor de servicio con el usuario, el cual debe romperse anticipadamente.
- c) Deben tomarse también en cuenta (en forma anticipada). Las tradiciones médicas de la población y efectuar gradualmente una integración.

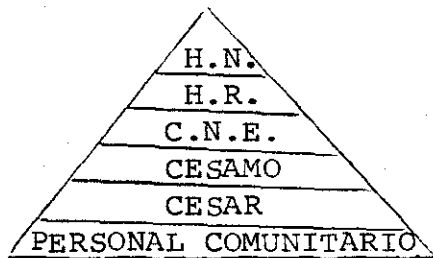
2. Medidas sugeridas

- a) Hacer las escogencias del personal en forma minuciosa, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:
 - I. Que tenga conciencia humana en relación a las actividades a realizar.
 - II. Que tome cursos de capacitación para que se entere de antemano la situación que va a afrontar.

3. Atención primaria

Son todas las acciones médicas preventivas y curativas que recibe inicialmente la población con opción a ser referidos hacia un segundo nivel de atención en caso necesario.

4. En Honduras existen acciones de este tipo solamente en la Secretaría de Salud y Asistencia Social que se manifiesta de la siguiente manera y otras de iniciativa privada.



En México existe el programa IMSS-COPLAMAR y sus características son:

- a) Atención primaria y de segundo nivel en zonas rurales de la República.

En el Salvador, sí hay y las características son:

- a) Prevención en un porcentaje menor y curación en un porcentaje mayor.

En Panamá sí hay, así:

Se construyeron sub-centros y puestos de salud. Atendidos por auxiliares de salud y asistentes respectivamente capaces de atender preventiva y curativamente a la población, con guías frecuentes con el equipo indispensable que promueve y educa la población.

En Nicaragua:

La atención primaria se lleva a cabo de los brigadistas de salud que pertenecen al sistema de referencia del Sistema Nacional único de Salud.

Grupo # 2

1. NO
 - a) Desconocimiento de las costumbres de la región donde se va a establecer el servicio.
 - b) No detectar las necesidades sentidas de la población para poder conciliar estas necesidades con los servicios más específicos del programa.
 - c) Encararse a la lógica de la medicina occidental con desconocimiento de la medicina tradicional impidiendo entablar el vínculo entre comunidad y médico.
 - d) La barrera que se erige por el desconocimiento del idioma de la comunidad.
 - e) La mala ubicación de la Unidad.
 - f) El implantar un horario específico de consulta que no esté de acuerdo con las necesidades de la población.
 - g) La difusión de este servicio.
2. Que se impartan cursos de capacitación para aquellos funcionarios que están dentro de una actitud pasiva, para que puedan llegar a una actitud activa, ya que ellos mismos organizan a su comunidad (para la búsqueda de esos servicios).
3. Son aquellas actividades tendientes a prevenir las enfermedades caracterizadas por acciones continuas e integradas de promoción, recuperación y rehabilitación dando énfasis a la medicina preventiva y a la educación para la salud. Brindando acciones curativas básicas mediante diagnósticos y tratamientos sencillos.
4. Programa IMSS-COPLAMAR que es un programa que consta de 3024 Unidades Médicas Rurales y 71 C.H.C., donde se da una atención de primer nivel y segundo nivel en las C.H.C., que mediante un convenio con los Hospitales Universitarios, de la SSA y Estatales se puede llegar a dar una atención más sofisticada. Siende este programa de solidaridad social por cooperación comunitaria.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 24 DE AGOSTO

El día 24 de agosto del año en curso, se iniciaron las actividades con el relato de lo realizado el 21 de agosto. Dicho relato contenía la síntesis de los temas siguientes:

a) Educación en las zonas indígenas

Tema expuesto por el Lic. Salomón Nahamar y

b) Situación actual de los programas de protección social rural. Necesidades específicas y prioritarias.

Tema expuesto por la Srita. María Teresa Mc. Dermit.

El relato en mención fue objeto de observaciones, por parte de algunos integrantes del curso, con propósitos de mejorar su contenido.

Terminada la actividad de relatoría, el Dr. Enrique Parra Dávila, procedió a explicar en forma sintetizada los siguientes temas:

a) Modelos de planificación

b) Proceso administrativo

c) Características generales de los sistemas de atención médica.

El contenido de cada uno de los temas antes mencionados, se consolidó en un esquema generalizado, cuyo título es modelo de un sistema de atención médica. Dicho esquema puede consultarse en la relatoría del 20 de agosto.

Además se explicaron los siguientes temas:

a) Teoría de Douglas Mc. Gregor: Teoría X y Teoría Y.

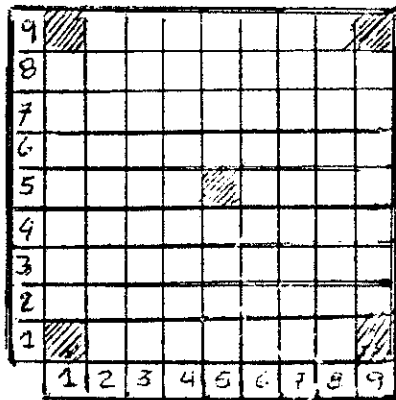
Esta teoría en su forma más simple significa lo siguiente:

La Teoría X: sostiene que el hombre tiene una disposición innata para el trabajo o más bien encuentra satisfacción en el trabajo.

La Teoría Y: Sostiene que el hombre no encuentra esta satisfacción en el trabajo.

b) Se explicó la gráfica del Greed Gerencial (estilos de mando)

La gráfica es la siguiente:



Explicación de cinco puntos de la gráfica:

POSICION

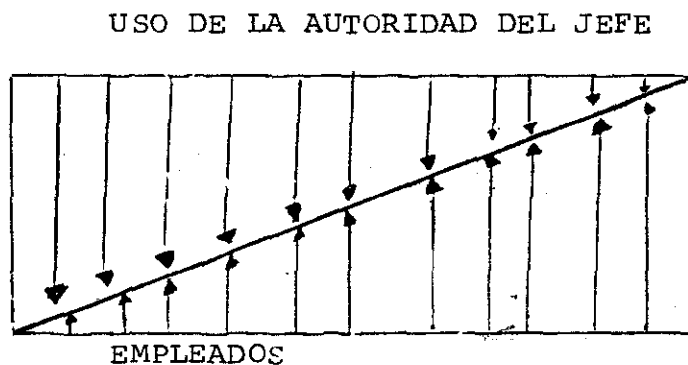
DESCRIPCION

- | | |
|-----|--|
| 1,1 | Participación muy reducida en la ejecución de programas por parte de las autoridades y de los empleados. |
| 5,5 | Ejecución de programas con la modalidad dejar hacer, dejar pasar. |
| 9,9 | Participación intensa de autoridades y de empleados. |

<u>POSICION</u>	<u>DESCRIPCION</u>
1,9	Poca participación de las autoridades y alta participación de los empleados.
9,1	Poca participación de los empleados y alta participación de las autoridades.

c) Gráfica de TANNENBAUM

La gráfica es la siguiente:



Principio de la gráfica:

Todo directivo, al ejercer un liderazgo y cuando se sustente en la gráfica de Tannenbaum, debe moverse inteligentemente entre sus ejes, para procurar un mejor resultado (o procurar personal de teoría X).

Posteriormente el Lic. Sergio Chagoya Ramírez, expuso el tema: "Fórmula de financiamiento del IMSS".

Las síntesis de este tema se presenta resumida en los siguientes cuadros:

- Finalidades de la seguridad social.
- Composición de los ingresos por cuotas. Julio 1981.
- Entidades que cotizan cuota fija bimestral.

- Población derecho-habiente esquema modificado.
- Distribución de cotizantes, asalariados permanentes, urbano y campo por delegación y grupo de salario de cotización al primer bimestre 1981.
- Incorporación en esquema modificado de trabajadores del campo, ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios. Régimen bipartita.
- Concentración y dispersión de la población 1978.
- Programa IMSS-COPLAMAR.
- Ingresos y egresos de operación del IMSS 74-79.
- Distribución de ingresos y egresos IMSS 74-79.

Cada uno de los cuadros se presentan a continuación.

En horas de la tarde, se continuo con el desarrollo del estudio individual y/o grupal.

FINALIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- LA SALUD
- LA ASISTENCIA MEDICA
- GARANTIZAR EL DERECHO HUMANO A:
 - LA PROTECCION DE LOS MEDIOS DE SUBSISTENCIA Y A
 - LOS SERVICIOS SOCIALES PARA EL BIENESTAR INDIVIDUAL Y COLECTIVO.

ANEXO # 36

(MILLONES DE PESOS)

	PATRONES	OBRENOS	GOBIERNO	TOTAL	FOR CIENTO
Enfermedades y Maternidad	22,657	9,633	5,054	37,344	51
Riesgos de Trabajo	8,231	93	-.-	8,324	11
Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte	15,043	6,232	3,280	24,555	33
Centenarias	13,643	20	-.-	13,663	5
TOTAL:	49,574	16,078	8,334	74,086	100
FOR CIENTO	57	22	11	100	

COMPOSICION DE LOS INGRESOS POR CUOTAS POR EL MES DE JULIO DE 1921.

ENTIDADES QUE COTIZAN CUOTA FIJA BIMESTRAL. ENFERMEDADES Y MATERNIDAD 2.4%
INVALIDEZ, VEJEZ, CESSANTIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE 0.6%

V. GRUPOS INCORPORADOS

MODULO: 31

1. Ejidatarios, Comunereros, Colonos y Pequeños Proprietarios de la Comarca Lagunera.
2. Productores de café.
3. Banco de Crédito Rural, Centro.
4. Sociedad Local de Crédito Ejidal de Responsabilidad Ilimitada Miguel Hidalgo, Los Mochiles, Sln.
5. Fideicomiso Bahía de Bandera.
6. Fideicomiso.
7. Fideicomiso Puerto Vallarta, Jalisco.
8. Harineros.
9. Fideicomiso Cumbres de Llano Largo.
10. Café Milleros.
11. Fideicomiso.
12. Sociedad Cooperativa Linero Cárdenas, Tabasco.
13. Socios Ejidales del Sur de Yucatán.
14. FIDEMAL (Guerrero, Puebla y Oaxaca).
15. Fondo Nacional de Fomento Ejidal, El Lago y Anexos, Chihuahua y Sonora.

Otros.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

POBLACION DERECHO-HABIENTE POR ESQUEMA MODIFICADO

MODIFICADO	182,084	ASEGURADOS
CAMPO	448,788	BENEFICIARIOS
TOTAL:	<u>520,378</u>	
ENDATARIOS	76,365	ASEGURADOS
MODULO 11	234,952	BENEFICIARIOS
	<u>310,328</u>	
REQUERIDOS AGRICULTO	16,009	ASEGURADOS
RES MODULO 15	54,279	BENEFICIARIOS
	<u>70,288</u>	
CREDITO AGRICOLA	4,681	ASEGURADOS
MODULO 12	14,970	BENEFICIARIOS
	<u>19,651</u>	
TOTAL:	<u>410,357</u>	

DISTRIBUCION DE CIUDADANOS ASALARIADOS PERMANENTES URBANO Y CAMPO POR DELEGACION Y GRUPO DE SALARIO DE CIUDADANOS AL
 IER. BIMESTRE DE 1981
 ESQUEMA MODIFICADO

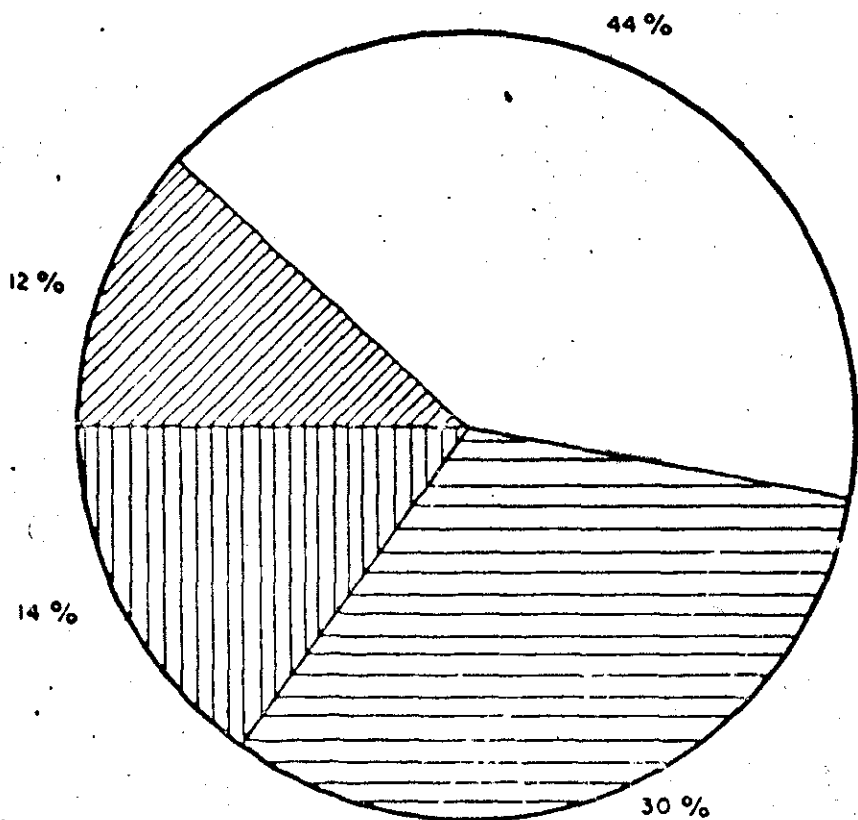
DELEGACIONES	P Y R	GRUPOS DE SALARIOS			TOTAL	SALARIO PROMEDIO	GRUPO DE SALARIO	% CIUDADANOS AL T
		S	T	By M				
AGUILAR	0	2531	0	0	2531	159.00	S	1.0000
AGUILAR NORTE	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR SUR	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR	0	1500	99	73	1762	157.85	S	1.1270
AGUILAR	3	6505	0	0	6505	149.51	S	4.1108
AGUILAR	0	351	1	6	358	155.51	S	0.2700
AGUILAR	0	64	0	0	64	155.00	S	0.0470
AGUILAR	0	3,233	0	0	3,233	123.00	S	2.1100
AGUILAR FEDERAL	0	0	213	6	219	123.15	T	0.1800
AGUILAR	1	1519	0	0	1519	150.50	S	0.5500
AGUILAR	3	9034	392	684	10173	155.62	S	6.2012
AGUILAR	0	0	128	0	128	195.00	T	0.0000
AGUILAR	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR	8	661	9	0	670	145.54	S	0.4800
AGUILAR	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR	0	115	10	1	126	123.15	S	0.0000
AGUILAR	0	6221	74	0	6297	150.53	S	3.0000
AGUILAR	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR	35	15426	17	3	15491	149.55	S	9.7000
AGUILAR LEON	0	44	675	4150	4869	316.77	M	3.0000
AGUILAR	0	12076	400	77	12553	152.62	S	6.7000
AGUILAR	0	1236	1192	124	2552	170.61	T	1.7000
AGUILAR	0	19	0	0	19	150.00	S	0.0000
AGUILAR	0	185	0	0	185	150.00	S	0.1000
AGUILAR FOTOSI	0	1187	501	1243	2931	241.11	U	1.0000
AGUILAR	0	1003	0	0	1003	150.00	S	0.0000
AGUILAR	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR	3	11000	12	4	11016	150.00	S	7.4000
AGUILAR	5	14	135	0	149	123.31	T	0.0000
AGUILAR	0	0	0	0	0	0.00		0.0000
AGUILAR NORTE	0	1014	191	40	1245	150.91	S	1.2000
AGUILAR SUR	1	507	530	20	1057	150.71	T	0.0000
AGUILAR	0	0	0	4	4	150.00	S	0.0000
AGUILAR	1	1	0	0	1	150.00	S	0.0000
SISTEMA FEDERAL	00	10,118	485	607	10,810	150.00	S	5.0000
TOTAL	0,0100	93,100	2,760	2,000	97,860	150.00	S	100.0000
TOTAL	0	10,118	485	607	10,810	150.00	S	100.0000
TOTAL	0,0100	93,100	2,760	2,000	97,860	150.00	S	100.0000

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
SUBDIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS

INCORPORACION EN ESQUEMA MODIFICADO DE TRABAJADORES DEL CAMPO, EJIDATARIOS,
COMUNEROS Y PEQUEÑOS PROPIETARIOS, REGIMEN BIPARTITA.

	Fecha de Incorporación	E y M en especie, Pensiones de Ve- jez, Viudez, Or- fandad, Ascendien- tes, atención médi- ca en Riesgos del trabajo y ayuda de- Funeral	Organismo Retenedor- de Cuotas	Monto Anual- de Cuotas por Asegurado (Pesos)	Aportación del Estado	Zona Geográfica
Candilleros	Abril 1975	" "	Fondo Nacional de Fomento Ejidal	720.72	720.72	Chihuahua, Coa- huila, Durango- y Zacatecas
Cafetaleros	Julio 1975	" "	Instituto Mexicano del Café	720.72	720.72	Toda la Repúbli- ca
Industria de la Palma	Enero 1976	" "	Fideicomiso de la Ind. de la Palma	720.72	720.72	Guerrero, Pue- bla y Tlaxcala
Ejido Turístico	Julio 1976	" "	Fideicomiso Puer- to Vallarta	1,528.80	1,528.80	Jalisco, (Puerto Vallarta).
Agricultores de Durahuacán, Michoacán.	Agosto 1976	" "	Bancos Rurales	1,228.50	1,228.50	Michoacán
Tabacaleros	Enero 1973	" "	Tabacos Mexicanos, S. A. de C. V.	1,674.72	1,674.72	Nayarit

CONCENTRACION Y DISPERSION DE LA POBLACION 1978



TAMAÑO DE LOCALIDAD	POBLACION (millones)	%
MENOS DE 500 HABITANTES	9	14
DE 500 A 4,999 HABITANTES	20	30
DE 5,000 A 499,999 HABS.	29	44
DE 500,000 Y MAS.	8	12
TOTAL :	66	100

PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

- PRESUPUESTO EJERCIDO Y A EJERCER -
(MILLONES DE PESOS)

	1979	1980	1981
AFORTACION DEL GO BIERNO FEDERAL	INV 809	INV 546	INV. 2,662
	OP <u>125</u>	OP <u>919</u>	OP. <u>5,372</u>
	935	1,465	8,034
 APOYO FINANCIERO	 <u>324</u>	 <u>935</u>	 <u>273</u>
 TOTAL:	 <u><u>1,259</u></u>	 <u><u>2,401</u></u>	 <u><u>8,307</u></u>

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TESORERIA GENERAL
SUBTESORERIA DE RECURSOS FINANCIEROS**

**INGRESOS Y EGRESOS DE OPERACION DEL I. M. S. S. 1974 - 1979
(MILLONES DE PESOS)**

Conceptos	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980 (1)	1981	1982	1983
INGRESOS:										
Cuotas Obrero Patronales	17,018	21,836	28,831	37,687	46,244	59,572				
Contribución Estatal	2,268	2,881	3,817	4,886	5,983	7,706				
Otros	890	963	1,258	1,830	2,141	3,229				
Total Ingresos:	20,176	25,680	33,906	44,403	54,368	70,507				
EGRESOS:										
Prestaciones Médicas	10,303	13,172	18,156	23,958	28,323	33,496				
Prestaciones Sociales	453	626	909	1,040	1,260	1,755				
Prestaciones en Dinero	2,722	4,290	5,464	7,535	9,250	11,923				
Gastos de Administración	2,441	3,169	4,419	5,480	6,725	9,978				
Gastos Financieros e Intereses										
Actuariales	323	393	568	767	700	836				
Depreciaciones y Amortizaciones	663	762	892	1,177	1,894	2,246				
Reversión de Cuotas	440	574	752	980	1,193	1,525				
Total de Egresos:	17,345	22,986	31,160	40,937	49,345	61,759				
Ajuste de Ejercs. Anteriores	-	-	-	37	21	12				
Excedente	2,831	2,694	2,746	3,503	5,044	8,736				

Fuente: Contraloría General, Departamento de Contabilidad del I. M. S. S.

HCH/cgr.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TESORERIA GENERAL
SUBTESORERIA DE RECURSOS FINANCIEROS**

DISTRIBUCION DE INGRESOS Y EGRESOS DEL I. M. S. S. 1974 - 1979

(PORCENTAJES)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
INGRESOS:									
Cuotas Obrero Patronales	84.35	85.03	85.03	84.88	85.06	84.49			
Contribución Estatal	11.24	11.22	11.26	11.00	11.00	10.93			
Otros	4.41	3.75	3.71	4.12	3.94	4.58			
Total de Ingresos:	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00			
EGRESOS:									
Prestaciones Médicas	59.40	57.30	56.27	58.52	57.40	54.24			
Prestaciones Sociales	2.61	2.72	2.92	2.54	2.55	2.84			
Prestaciones en Dinero	15.70	18.66	17.54	18.41	18.74	19.30			
Gastos de Administración	14.07	13.79	14.18	13.39	13.63	16.16			
Gastos Financieros e Intereses									
Actuariales	1.86	1.71	1.82	1.87	1.42	1.35			
Castigos, Depreciaciones y									
Amortizaciones	3.82	3.32	2.86	2.83	3.84	3.64			
Reversión de Cuotas	2.54	2.50	2.41	2.39	2.42	2.47			
Total de Egresos:	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00			

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 25 DE AGOSTO

Se iniciaron las labores del día a las 8:00 horas leyendo la relatoría del día anterior. Posteriormente el Dr. Enrique Parra Dávila procedió a desarrollar el tema: "Elaboración de programas educativos".

Los puntos tratados fueron los siguientes:

Toda planificación educativa implica una fase de planeación teórico conceptual y una fase operativa.

Dentro de la primera se procedió a definir el concepto de educación como el proceso social constituido por un conjunto de elementos organizados en forma eficiente para lograr el desarrollo integral de ser humano hacia objetivos concretos que son determinados por su cultura y su época.

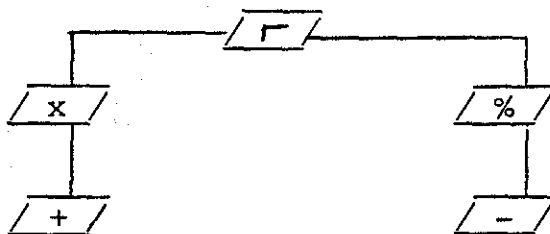
El objetivo educativo es el cambio de conducta demostrable de un alumno. Necesita haber objetivos concretos para poder saber si los alcanzamos o no.

De esta manera toda planeación educativa tiene:

- a) Propósitos que correspondería al todo, a los mejores deseos.
- b) Objetivos generales
- c) Objetivos intermedios o específicos o metas

La palabra meta viene del inglés goal que también muchas veces se traduce por objetivo.

Un objetivo recibe el nombre de objetivo terminal cuando es el objetivo final en un momento dado. Sin embargo, puede pasar a ser un objetivo intermedio o meta según haya objetivos terminales más amplios que lo comprendan. Por ejemplo: en primer grado el objetivo terminal sería enseñar al alumno a sumar y restar; sin embargo, éste se convertirá en un objetivo intermedio o meta cuando el alumno pasa al segundo grado donde se le enseñará a multiplicar y dividir (objetivo terminal). Para poder hacer esto ya debe haber aprendido a sumar y restar (objetivo intermedio).



Objetivo terminal, pero objetivo intermedio para el siguiente paso

Después de esto se procedió a explicar que existen tres áreas con el conocimiento:

- a) Area cognocitiva, que es el área del conocimiento, de razonamiento.
- b) Area psicomotora, el área de las habilidades o destrezas.
- c) Area afectiva, que es el área de los sentimientos y valores. Una áreas se ven afectadas por otras (ejemplo: el poco uso de los cinturones de seguridad en los carros aunque sabemos sus ventajas).

Al hacer programas educativos generalmente se dirigen las acciones a las dos primeras áreas y muy poco a la afectiva.

Estas áreas de conocimiento del individuo responden a una taxonomía (clasificación, ordenamiento) de niveles educativos que es la siguiente:

AREA NIVEL	COGNOCITIVA	PSICOMOTORA	AFECTIVA
VII			CARACTERIZACION
VI	evaluación	naturalización	organización
V	síntesis	control	valoración
IV	análisis	precisión	respuesta
III	aplicación	manipulación	recepción
II	comprensión	imitación	valores
I	conocimiento	manejo de actos	actitudes

No se pueden alcanzar los últimos niveles si no se pasó primero por los anteriores. Si se efectúa un programa a determinado nivel, se necesita, como requisito preciso, el haber pasado por los anteriores niveles.

Según los programas y según a quien van a ser aplicados, se afectará una u otra área. Por ejemplo, para inculcar en el niño el hábito de lavarse las manos antes de comer, se afectará fundamentalmente al área psicomotora a través del manejo de actos, la imitación, etc.

Cuando se plantean los objetivos de los programas es necesario tomar en cuenta estas áreas de conocimiento del individuo.

Existen varios tipos de objetivos que deben de compaginar entre sí; y son: los del país, los de la institución, los profesionales y los de la materia.

Para poder plantear correctamente un objetivo, es necesario que éste responda a las siguientes preguntas:

¿Quién?	=	Que equivaldría a la variable institucional.
¿Qué?	=	A la conducta demostrable
¿Cuánto?	=	Al criterio de precisión
¿Dónde?	=	Lugar

En este momento se procedió a hacer un ejercicio por grupos en el que cada uno de ellos formuló un objetivo respondiendo a cada una de las preguntas anteriores, resultando más o menos airosos de la empresa aunque con ligeros errores.

Después se pasó a proporcionar una serie de verbos que corresponden a los diferentes niveles del área cognocitiva y son los siguientes:

Nivel I conocimiento:

Definir, repetir, registrar, recordar, nombrar, relatar, enlistar, enunciar.

Nivel II comprensión:

Traducir, interpretar, extrapolar, explicar, identificar, discutir.

Nivel III aplicación:

Aplicar, operar, demostrar, trazar, dibujar.

Nivel IV análisis:

Distinguir, diferenciar, comparar, criticar, investigar, categorizar, experimentar.

Nivel V síntesis:

Sintetizar, componer, planear, proponer, diseñar, reunir, construir.

Nivel VI evaluación:

Evaluar, valorar, tasar, estimar, juzgar, seleccionar.

La educación es un medio para lograr un fin; no es un fin en sí mismo.

Posteriormente el Dr. Parra procedió a explicar los pasos para elaborar una carta descriptiva y serían los siguientes:

- I. Primero es necesario efectuar un análisis situacional, que incluye realizar un análisis de puestos donde se tienen que definir las funciones profesionales que tendrán que cumplir los educandos una vez recibida la enseñanza. Es necesario hacer una lista de las actividades que van a realizar según sean diarias, periódicas o eventuales, por ejemplo: en caso de preparar alumnos para que sepan aplicar vacunas en una campaña de vacunación, las actividades que ellos realizarán son: aplicar vacunas, manejo de materiales, control biológico, etc.
- II. Seguidamente, es necesario elaborar la justificación del curso en base a su trascendencia y viabilidad sin olvidar que debe hacerse en base al problema que queremos atacar y no en base al medio que tenemos para llevarlo a cabo.

Como parte de la justificación habrán de señalarse:

- a) Los propósitos
- b) Los objetivos terminales
- c) El contenido resumido de lo que es el curso
- d) Los requisitos previos y
- e) La información general sobre dónde y de qué fecha a qué fecha será el curso.

III.

Una vez hecho esto y continuando con la planeación teórica conceptual del curso, se elaborará la carta descriptiva del mismo. Esta se realiza dicotomizando materia por materia para señalar los objetivos específicos.

Con el ejemplo que veníamos utilizando el propósito era erradicar la difteria, paratifoidea y tifoidea en tal zona y el objetivo general era minimizar a la población susceptible de tal lugar en tal tiempo.

Teniendo en cuenta esto se pasó a llenar los rubros de la carta descriptiva de la siguiente manera:
(ver Anexo # 46).

1. Los objetivos específicos deberán plantearse teniendo como guía la lista de actividades del análisis de puesto o funciones profesionales. Se desglosarán tema por tema.
2. Los requisitos previos corresponderán a cada objetivo específico.
3. Se puede considerar que es necesario presentarse con el material ya estudiado o no .
4. La evaluación puede realizarse a través de pruebas orales, escritas, observación naturalista, informes, etc.

Dentro de las pruebas escritas se encuentran las de opción múltiple. Para elaborar éstas hay que presentar varias alternativas de tal manera que no se induzca la respuesta.

Existen pruebas de comparación que se aplican al principio y al final del curso para evaluar el resultado de la enseñanza. A la diferencia se le llama Delta (). Cuando el grupo no alcanza los objetivos propuestos el maestro deberá replantear su método de enseñanza. Si sólo un alumno sacó una baja calificación en la segunda prueba, el problema es individual y no grupal.

5. El área física deberá ser adecuada para el número de alumnos, de preferencia de comunicación cara a cara.
6. Con respecto al material de apoyo, es necesario hacer hincapié en que hay que hacer uso de él conforme los objetivos y no complicar o encarecer la enseñanza si no vale la pena.
7. En relación al tiempo hay que tener en cuenta muy especialmente los objetivos del curso para poder saber qué es lo que se necesita desarrollar y no un tratado exhaustivo del asunto.
8. Método de enseñanza: cuál es más viable según cantidad de participantes, objetivos, etc.
9. El nombre del tema deberá ser sencillo apoyándose en el objetivo específico.
10. El perfil del profesor deberá estar de acuerdo también con los objetivos del curso. No siempre se necesita a los grandes expertos para impartir un tema.
11. El profesor se elegirá conforme el perfil y será lo último a seleccionar.

IV. Una vez que se ha terminado con la carta descriptiva se elaborará el calendario para los alumnos con fecha, lugar hora, tema, ponente.

Para que un programa educativo funcione deberá haber un responsable o profesor titular o coordinador, que explicará la carta descriptiva a los profesores para que cada uno de ellos se ajuste a los objetivos específicos. Nunca hay que perder de vista para quien están hechas las acciones.

Las labores del día finalizaron con el avance del trabajo grupal y/o individual que los alumnos se encuentran realizando.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	REQUISITOS PREVIOS	MATERIAL DE ESTUDIO PREVIO	EVALUACION	AREA FISICA	MATERIAL	TIEMPO	METODO DE ENSEÑANZA	NOMBRE DEL TEMA	PERFIL DEL PROFESOR	NOMBRE DEL PROFESOR
<p>El alumno después de la enseñanza aprendizaje sera capaz de:</p> <p>1. Identificar sin errores el equipo necesario que utilizará en la campaña de vacunación de DPT de tal lugar.</p>	<p>Manual de auxiliar de enfermería</p>	<p>Hay dos opciones:</p> <p>1) Haber estudiado el manual 6</p> <p>2) Ninguno</p>	<p>Examen práctico de identificación de material</p>	<p>Aula con comunicación</p>	<p>Equipo de vacunación DPT</p>	<p>90'</p>	<p>Activo Conferencia con preguntas</p>	<p>El equipo empleado en la vacunación de DPT.</p>	<p>Enfermera Sanitaria, experta en vacunación con facilidad de enseñanza</p>	<p>Nombre de la persona que llene los requisitos</p>

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 26 DE AGOSTO DE 1981

TEMA: "La Extensión de la Seguridad Social a las Zonas Rurales de México".

Ponente: Dr. Sergio Mojardín

Desarrollo:

Se inició la ponencia con la repartición de un resumen alusivo al tema, para ser leído en un lapso de 30', con el fin de que los participantes adquirieran una pre-orientación del tema a exponer, cuyo propósito primordial fue la integración de una dinámica participativa, entre ponente - vrs. - alumno, el nombre del resumen "extensión de la seguridad social al campo.

Después de leído se procedió a disertar el contenido entre los puntos más sobresalientes figuran los siguientes:

- a) La Seguridad Social, en México constituye uno de los principales elementos o instrumentos de que dispone el país para garantizar el Derecho Humano a la Salud, la Asistencia Médica, la protección de los Medios de Subsistencia y los Servicios Sociales Necesarios para el Bienestar Individual y Colectivo.
- b) Fecha de establecimiento de la Ley del Seguro Social en 1943, y con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inicia la protección en favor de los Trabajadores Asalariados del ámbito urbano, posteriormente, los beneficios del Seguro Social se extienden progresivamente a nuevos grupos, tanto del ámbito urbano como rural, esta ley ha sufrido modificaciones adicionales, en virtud de las cuales se amplía la cobertura territorial, se incrementan las prestaciones y se dá apertura para la incorporación de un mayor número de derechohabientes, siendo los siguientes:
 - b.1 El 27 de agosto de 1954 se publicó el primer reglamento que establece las modalidades del Régimen del Seguro Social para los Trabajadores del Campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa.

- b.2 En 1959 en las Reformas a la Ley se establece a los Bancos oficio de conceder créditos independientes a los de avío o refacción por las cantidades necesarias para satisfacer las cuotas del Seguro Social.
- b.3 En agosto de 1960 se derogó el Reglamento de 1954 y el Decreto de 1959, y en un nuevo Reglamento para el Seguro Social obligatorio para los Trabajadores del Campo quedáran incluidos en la obligatoriedad los asalariados del Campo, los estacionales, y los miembros de las sociedades. Asimismo este documento define el "Patrón Rural" y marca obligaciones y derechos.
- b.4 En el año de 1963 se publica la Ley que incorpora al Régimen del Seguro Social a los productores de caña de azúcar y a sus trabajadores, en la elección de un ordenamiento complementario a la Legislación urgente.
- b.5 1970 se extienden los beneficios para ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios.
- b.6 En el año 1972 se publica el Decreto que incorpora a los beneficios del Seguro Social con modalidades a los Ejidatarios miembros de Sociedades de Crédito Ejidal, de grupos solidarios o uniones de crédito, dedicados al cultivo del henequén en el Estado de Yucatán. Este ordenamiento se atreve a dar modalidades a la naturaleza de las prestaciones, se establecen normas y procedimientos adecuados a las particulares Condiciones de la Familia Campesina y se sientan las bases que permitirán acelerar la incorporación de ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios. Los que dentro del contexto social y económico del país cuencan con una organización económica que les permita participar en un régimen de derechos y obligaciones.
- b.7 Posteriormente, con la Ley del Seguro Social de 1973, se inicia una nueva etapa de gran trascendencia a la extensión de la Seguridad Social, principalmente, en lo que al ámbito del campo se refiere. Las disposiciones contenidas en esta Ley, urgente hasta la fecha, hacen más accesible la incorporación al Régimen Obligatorio con modalidades de los Trabajadores Independientes, los Campesinos no asalariados, los patronos personas físicas y los trabajadores domésticos. En este nuevo ordenamiento se incluyen también los servicios de Solidaridad Social. Con estas nuevas dis-

posiciones. La extensión de la Seguridad Social en favor de los Subjefes del ámbito rural, dentro del régimen obligatorio con modalidades, se lleva a cabo mediante decreto del Ejecutivo Federal y a través de la voluntad e los propios sujetos. Las prestaciones adquiridas corresponden a sus necesidades, posibilidades y a sus condiciones sociales y económicas, consolidando de esta manera esquemas actuarialmente financiados que beneficiarán primordialmente a los propios sujetos.

- b.8 De acuerdo a las disposiciones vigentes se observan los Sistemas de Seguridad Social de una población aproximadamente de 66 millones de habitantes, se encuentran protegidos poco más de 26 millones, de los cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social, ampara 22.5 millones de derechohabientes. De estos últimos, corresponden al ámbito del campo 549 mil núcleos familiares (348 mil trabajadores permanentes y 201 mil trabajadores estacionales). Lo que vale a una población protegida de 1.8 millones de derechohabientes del sector rural. De los 549 mil asegurados del campo, 210 mil son asegurados permanentes que disfrutan del esquema completo de prestaciones, y el resto disfrutan de algún esquema reducido de prestaciones.
- c) Los Servicios de Solidaridad Social brindan protección a la salud de grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición socio-económica, no tienen capacidad contributiva suficiente para incorporar a los sistemas de aseguramiento que contempla la Ley del Seguro Social. Las prestaciones contemplan exclusivamente asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, lo cual se otorga en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y demas Instituciones de Salud.
- d) Financiamiento de este Servicio es tripartita:
- Gobierno federal
 - I.M.S.S.
 - y los propios beneficiados

- e) A pesar de los esfuerzos realizados en estos servicios, la cobertura del programa de Solidaridad Social hasta 1978, para 3,000,000 de personas, cantidad que se considera insuficiente en proporción a la población marginada de aproximadamente 22,000,000 de personas.
- f) El 25 de mayo de 1979, el IMSS suscribió el convenio con Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, de la Presidencia de la República (COPLAMAR), en virtud del cual se establece el programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, cuyos objetivos fundamentales son los siguientes:

- I. Extender sustancial y significativamente la cobertura real de los servicios de Solidaridad Social
- II. Establecer las condiciones que propicien la utilización eficaz y eficiente de todos los recursos - instalados y por instalar - destinados a los servicios de Solidaridad Social, de manera que todos ellos sirvan en su íntegra capacidad a la población marginada.
- III. Promover la participación efectiva de los integrantes de los núcleos de población en obras de beneficio colectivo.

Para alcanzar los objetivos referidos, el programa ha planteado las siguientes metas:

- a) Integrar una red de Servicios de Solidaridad Social que a fines de 1981 contara con 52 clínicas hospitalares de campo y cuando menos 2,000 unidades médicas rurales capaz de atender una población de cerca de 10,000,000 personas.
- b) Establecer los mecanismos de coordinación necesarios con el Gobierno Federal en general y con COPLAMAR en particular, a fin de garantizar por una parte la Atención de los Recursos Financieros que el programa requiere, y por otra, la adecuada promoción y control de las obras de beneficio comunitario cuya determinación se estima conveniente realizar.

y en resumen se plantean, aparte de las metas, prioridades y acciones de una magnitud aceptable, también el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de dar cumplimiento a sus compromisos dentro del convenio mencionado, dispuso la creación de un organismo denominado "Coordinación General del programa IMSS-COPLAMAR", entre las prioridades y acciones de detallan las siguientes:

- I. Construir el número necesario de unidades de atención médica, a fin de atender óptima y oportunamente a la población que habita en zonas marginadas del país.
- II. Canalizar los recursos otorgados por el Gobierno Federal para atención de la población marginada.
- III. Coadyuvar al Desarrollo Integral de las zonas marginadas, promoviendo y fomentando la participación organizada de la población en los trabajos comunitarios que beneficien su ámbito familiar y en obras de beneficio colectivo.

g) La Coordinación General del programa, a fin de cumplir con el objetivo, del mismo, se estructuró en cinco unidades:

- A. Planeación
- B. Construcción, conservación y servicios generales
- C. Servicios Médicos.
- D. Financiera y administrativa.
- E. Evaluación.

Cabe mencionar como opinión colectiva del curso que la labor que está efectuando el Gobierno Federal en Coordinación con el IMSS y otras Instituciones de Salud es muy meritoria, en la medida de los resultados que a la fecha han obtenido y que sin duda alguna los objetivos perseguidos tienen las cualidades de aceptación, viabilidad, precisión, factibilidad, claridad, etc.

Además el Dr. Mojardín enunció que para la Implantación del Seguro o Protección Social, se conjugan (2) grupos de presión que se dividen en:

Grupos de Presión con Poder	}	<u>Militares y policías</u>
		<u>Sindicatos</u> Aristocracia obrera Obreros urbanos Campesinos organizados
		<u>Políticos, Administrativos, Funcionarios, Burócratas, económicos, etc.</u>
Grupos sin Poder	}	<u>Población dispersa</u>
		- Desempleados - Sub-empleados - Campesinos y obreros que no generan producción según su ubi- cación.

Los grupos de presión con poder.- Son aquellos que de acuerdo a su hegemonía económica-social y política tienen los mecanismos de toma de decisiones.

Los grupos de presión sin poder.- Son aquellos que sólomente participan de las decisiones tomadas por los anteriores, por carecer de los aspectos sociales-económicos y políticos.

Para efectos de proporción de Seguridad Social en cuanto a la Incorporación de Esquemas Completos de Protección Social en lo concerniente a aportaciones se enuncia lo siguiente:

Inicialmente las aportaciones eran:

Patrono	50%
Trabajador	25%
Estado	25%

Posteriormente para proteger a los trabajadores urbanos se modificó a:

Patrón	65.5%
Trabajador	25 %
Estado	12.5%

Y quedando para proteger al trabajador del campo el régimen siguiente:

Trabajador	50%	} no hay patrono, por tratarse de campesinos independientes.
Estado	50%	

En cuanto a los productores de caña el esquema es el siguiente:

6 centavos por cada kilo, pagado así:

- A.- 5 centavos el patrono cañero
- B.- 1 centavo el trabajador estacionario, y se destinan exclusivamente a la protección de los trabajadores.

También se dió a conocer la Cobertura del Seguro Social, urgente, el cual se detalla así:

- Enfermedad y maternidad
- Riesgos de trabajo
- Vejez, cesantía, invalidez y muerte.

Seguidamente expuso las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores estacionales:

- Ramo de enfermedad y maternidad.- Sólomente reciben prestaciones en especie y algún subsidio.
- En el ramo de riesgos de trabajo.- Reciben lo especificado anteriormente.
- Ramo invalidez, cesantía, vejez y muerte.- No reciben ningún beneficio porque no se lleva ningún control sobre ellos.

De acuerdo al esquema modificado implantado en 1973, la cobertura es la siguiente:

Enfermedad y Maternidad	}	Prestaciones en Especies y Gastos Funerales (en caso de muerte) como se puede observar se eliminó las prestaciones en dinero.
-------------------------	---	--

Invalidez, muerte y vejez (se elimina la cesantía)	}	Prestaciones en Especie Prestaciones en Dinero	}	Sólamante cuando hay invalidez total y permanente.
--	---	---	---	--

Cobertura operacional del Seguro Social.

11% de la población que está inscrito al Régimen
25% Ejidatarios
2.3% Campesinos

También se hizo la Relación siguiente:

Población total México aproximados 66.7 millones

En zona rural de los cuales 3,000 son captados 27 millones
por el Régimen de Seguro Social

El cual se describe en la gráfica siguiente:

Seguidamente se continuó con el tema:

Esquema de Aseguramiento para la Población Campesina: Ponente:
Dr. Francisco Olvera M.

Subtemas:

- Prestaciones
- Recursos
- Datos de población y cobertura.

El doctor Olvera al inicio de su charla planteó que el desarrollo de la misma se basará en (2) políticas o resúmenes, siendo las siguientes:

1. Nueva Ley del Seguro Social y la implantación del esquema mo
dificado.
2. Características de prestaciones que otorga el IMSS en sus dife
rentes regímenes.

Y enunció el objetivo primordial de la charla el cual fue:

Dar a conocer la cobertura y establecimiento de nuevos
esquemas.

Seguidamente, como parte de la exposición se proyectaron 19 dia-
positivas de información variada, cuyas características fueron las
siguientes:

- Atmósfera en donde se vive (universo)
- México en gráficas
- Las zonas aridas con que cuenta la República
- Montañas (no es útil para la agricultura)
- Zonas desérticas (no es útil para la agricultura)
- La campiña mexicana
- Poblados campesinos (con todos los inconvenientes en que
viven).
- Vivienda campesina
- A diferencia de los campesinos, la gente que asiste a institu
ciones de nivel superior.
- Grandes desniveles en la distribución del Ingreso

- Panorama nacional en cuanto a:

- Datos de mortalidad
- Datos de natalidad
- Crecimiento natural

- Fase ésta en donde hizo incapié en lo siguiente:

Que en años antes de 1976 el crecimiento económico fue del 8%, sobrepasando al crecimiento natural, pero que en la crisis de 1976 baja considerablemente, tanto que, el crecimiento natural fue superior.

- Evolución de la estructura de la población por grupos de edad.

- Datos generales de población (México).

- Y por último la diapositiva que expresaba lo siguiente:

Marginado.- Es una persona que participa en la producción (en alguna forma y medida) pero no recibe los bienes y servicios de esa producción social, de ahí que se agudizan sus carencias en cuanto al consumo de alimentos, servicio de salud, educacionales, etc.

- Luego de la exposición por medio de transparencias se procedió a realizar una lectura comentada, titulada:

LA NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL QUE PERMITE EL ESTABLECIMIENTO COMO PREVIO DECRETO DE ESQUEMA MODIFICADO DE SOLIDARIDAD SOCIAL.

En la serie de reformas a la Ley del Seguro Social de 1943 y en los reglamentos respectivos expedidos por el Ejecutivo Federal, se dieron pautas para la incorporación de los campesinos a la Seguridad Social Mexicana.

Sin embargo, fue necesaria la Nueve Ley de 1973 para abrir amplias posibilidades de cobertura a los habitantes de áreas rurales de nuestro país, ya que entre otras mejoras faculta al ejecutivo para fijar mediante decretos, las modalidades de aseguramiento que permitan una mejor distribución y un mayor aprovechamiento de recursos a fin de que pueda acelerarse la extensión de la seguridad social al campo y se incremente así sea en forma gradual, pero constante, el número de campesinos que disfruten de la seguridad social.

Para establecer la atención en el campo se ha establecido el calificado como "esquema modificado" en que se estructura un régimen financiado o con desfinanciamiento mínimo, dando la oportunidad institucional de incorporar a todo núcleo ejidal o comunal con organización crediticia diversa y con capacidad de sufragar obligaciones; las cuotas son sufragadas por partes iguales entre los asegurados y el Gobierno Federal; el monto de dichas cuotas se establece en los decretos correspondientes.

Sin embargo, ante el gran número de campesinos sin capacidad económica, se determinó ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social y se creó el programa de Solaridad Social financiado, en un 40% por el Instituto y en un 60% por el Gobierno Federal, quedando las obligaciones para los sujetos de Solidaridad Social restringidas a la aportación de 10 jornadas de trabajo por anualidad, aplicables a obras que beneficien a su propia comunidad.

El sistema creado por el Gobierno Federal para dotar de Servicios de Salud a las clases marginadas de las áreas rurales, no fué suficiente para posibilitar el ingreso de toda la población inclusive de la mayor parte de ellos. Es por esto que en 1979 se dan nuevas modalidades jurídicas para la incorporación de más mexicanos a la seguridad social.

Es importante tomar en consideración los postulados señalados en la exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973 para comprender la realidad social económica y política que justificó su promulgación.

Entre los postulados de esa Ley se distingue lo siguiente:

La presente iniciativa, resultado de cuidadosos estudios, que desde entonces se han venido realizando, busca dar satisfacción a esas demandas conforme a las posibilidades reales de la institución y del desarrollo económico del país.

Durante muchos años el movimiento obrero pugnó por que se promulgara la Ley del Seguro Social, cuya expedición había sido declarada de interés público en la constitución. A pesar de su insistencia y

de los diversos proyectos elaborados por el Ejecutivo Federal, no fue posible hacerlo entonces a causa de las difíciles condiciones en que se realizó la nueva integración del país y del insuficiente desenvolvimiento de sus fuerzas productivas.

La ley de 1943 es un hecho relevante en la historia del Derecho positivo mexicano, pues con ella se inició una nueva etapa de nuestra política social. La creación de un sistema encaminado a proteger eficazmente al trabajador y a su familia contra los riesgos de la existencia y a encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales, dió origen a nuevas formas e instituciones de solidaridad comunitaria en México.

Además, los servicios y prestaciones que a partir de entonces empezaron a recibir los trabajadores aumentaron su salario real y, en consecuencia, su capacidad de consumo, en beneficio de la economía nacional.

El régimen del Seguro Social ha contribuido a la expansión económica mediante el mejoramiento de las condiciones de vida del trabajador y la reducción de las tensiones laborales y, asimismo, ha coadyuvado a disminuir los resultados negativos de la industrialización, en el seno de una sociedad aún altamente agrícola, en la medida en que es un instrumento redistribuidor del ingreso y un factor de integración nacional.

La Medicina Social y diversos servicios de carácter cultural para el desarrollo individual y colectivo, han llegado hasta apartadas regiones de la República como precursores del progreso y la modernidad, las instalaciones hospitalarias y los centros educativos y recreativos, han servido como punto de encuentro entre personas de distinta extracción social y diferente nivel de ingreso. En esta forma, el seguro social desempeña una función destacada como medio para atenuar las diferencias económicas y culturales entre los integrantes de nuestra comunidad.

El incremento demográfico, la continua transformación de la sociedad y la creciente complejidad de las relaciones de trabajo hacen que el derecho a la seguridad social sea esencialmente dinámico. Debe evolucionar de acuerdo con las circunstancias, mejorando las

prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a sus beneficios a un número cada vez mayor de mexicanos.

Las garantías sociales consignadas en el texto constitucional, y en particular las disposiciones del artículo 123, están fundadas en el principio de considerar al hombre como miembro de un grupo social y no como sujeto abstracto de relaciones jurídicas. Conforme a esta concepción se estructura en México: El Derecho del Trabajo, la Seguridad Social y, en un sentido más amplio, todos nuestros sistemas de bienestar colectivo.

Aunque el régimen instituido por la fracción XXIX del artículo 123 constitucional tiene por objeto primordial establecer la protección del trabajador, su meta es alcanzar a todos los sectores e individuos que componen nuestra sociedad.

Las relaciones laborales mejor definidas legalmente constituyen el punto de partida para extender los beneficios de la seguridad social a otros núcleos económicamente productivos, hasta alcanzar, en alguna medida, a los grupos e individuos marginados cuya propia condición les impide participar en los sistemas existentes.

Las sucesivas reformas que se han hecho a la Ley han tenido el propósito de avanzar hacia una seguridad social que sea integral, en el doble sentido de mejorar la protección al núcleo de los trabajadores asegurados y de extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo.

A pesar de los avances que durante treinta años se han conseguido en esta materia, en la actualidad solo comprende a una cuarta parte de la población del país. Numerosos grupos que componen la sociedad mexicana no tienen capacidad suficiente para aportar su contribución a los actuales sistemas.

El seguro social es un medio idóneo para proteger la vida y la dignidad del trabajador y, simultáneamente, una manera de elevar su salario. Es indispensable por lo tanto, realizar un esfuerzo cada vez más grande de solidaridad nacional, a fin de que sus beneficios puedan irse extendiendo a los sectores más débiles.

Durante los últimos lustros hemos tenido un alto crecimiento económico pero ha sido inequitativa la distribución del producto nacio-

Es por ello que el Gobierno de la República se esfuerza en reorientar la estrategia general del desarrollo sobre bases socialmente más justas.

Múltiples actos de gobierno e iniciativas de Ley, testimonian la voluntad del ejecutivo en el sentido de fortalecer el desenvolvimiento de las empresas nacionales. Pero ello no será posible dentro de un esquema de crecimiento que todo lo supedita a las necesidades de la capitalización.

La sociedad industrial que México construye no podrá afianzarse ni prosperar si no mejora el nivel de vida de los trabajadores. El programa de vivienda popular y el conjunto de medidas económicas propuestas por el poder ejecutivo a la representación nacional, son base de una política armónica cuyas partes estimamos inseparables, particularmente las que van dando forma a un verdadero programa nacional de bienestar colectivo.

La Seguridad Social, como parte de esa política, precisa ampliarse y consolidarse, no sólo por el imperativo de propiciar el bienestar de la comunidad, sino como exigencia económica, pues la redistribución de la riqueza que promueve, no frena el crecimiento, sino por el contrario, lo impulsa de manera real y sostenida. Mientras el hombre no disponga de elementos para superar las limitaciones materiales y culturales no podrá alcanzar su plena productividad.

El ejecutivo a mi cargo, consciente de que la Seguridad Social es una de las más sobresalientes conquistas de la Revolución Mexicana, tiene la firme decisión de proyectarla en tal forma, que su aprovechamiento no sea prerrogativa de una minoría, sino que llegue a abarcar a toda la población, inclusive a los núcleos marginados, sumamente urgidos de protección frente a los riesgos vitales. Es un deber profundamente humano de justicia y de solidaridad colectiva que se les procuren los servicios esenciales para mejorar su condición. Consideramos que con la colaboración y el esfuerzo de los mexicanos, al establecer el marco jurídico propicio para acelerar el avance, se reducirá el tiempo para alcanzar la seguridad social integral en México.

Esta iniciativa toma en consideración los distintos estudios técnicos que se han hecho para definir las necesidades y posibilidades de mejoramiento y expansión del sistema. Tiene por principales objetivos mejorar las prestaciones existentes e introducir otras; crear un nue

vo ramo de seguro, el de guarderías, en beneficio de las madres trabajadoras; aumentar el número de asegurados; abrir la posibilidad para que nuevos sectores de la población se incorporen voluntariamente al régimen obligatorio; establecer servicios de solidaridad social sin comprometer los derechos de los asegurados; precisar diversos puntos controvertibles de la Ley vigente; reordenar preceptos dispersos que se refieren a una misma materia y simplificar, para hacer expeditos, diversos procedimientos.

En todo momento se tuvo en cuenta en la elaboración de la iniciativa, garantizar los derechos adquiridos y por adquirir de los asegurados, así como la necesidad de que sus normas, al convertirse en Ley, prescriban lo factible, sin pretender aquello que las condiciones sociales y económicas imperantes hacen inaccesible en un futuro inmediato.

El proyecto que sirvió de base a esta iniciativa fue ampliamente discutido por los representantes de los factores de la producción que concurren en la administración del instituto. El hecho de que hayan coincidido en sus términos, revela el buen éxito de una política que busca reorientar el proceso de desarrollo sin afectar el consenso nacional y utilizando el diálogo como método de trabajo y entendimiento. Evidencia, además, la conciencia alcanzada por los diversos sectores acerca de la magnitud del rezago social que afronta el país y la necesidad de imprimir un sentido humano al progreso.

Para alcanzar sus objetivos la presente iniciativa contiene las siguientes reformas principales.

EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Se extienden los beneficios del régimen obligatorio, que en la Ley de 1943 comprendió básicamente a los trabajadores asalariados, a otros grupos no protegidos aún por la Ley vigente, con objeto de incorporar paulatinamente a todos los mexicanos económicamente activos.

La Ley Federal del Trabajo considera a los trabajadores a domicilio como asalariados y en esta iniciativa se les incorpora como sujetos de aseguramiento, sin requerirse la previa expedición de un decreto, según lo establece la Ley vigente.

A partir de 1954, en Plan Experimental, quedaron incorporados al régimen los trabajadores agrícolas asalariados, con los mismos derechos y prestaciones ya establecidos para los asegurados urbanos, pero sólo en una mínima parte se ha obtenido la protección de los campesinos debido a su dispersión demográfica y a las distintas condiciones de su trabajo y de su ingreso.

A fin de que pueda acelerarse la extensión de la Seguridad Social al campo y se incremente, así sea en forma gradual pero constante, el número de campesinos que disfruten de ella, la iniciativa faculta al ejecutivo federal para fijar, mediante decretos, las modalidades de aseguramiento de permitan una mejor distribución y un mayor aprovechamiento de recursos.

Se ratifican preceptos de la Ley vigente al definir como sujetos de aseguramiento a los ejidatarios, comuneros, colonos y pesqueros propietarios, pero se agrupan en forma más detallada tomando en cuenta sus distintas características en relación a los sistemas de cultivo y crédito, así como otros factores que influyen en su rendimiento económico, para adoptar formas de seguro congruentes con estas peculiaridades.

SERVICIOS SOCIALES:

A fin de brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición no tiene capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes, la iniciativa instituye los servicios de solidaridad social que trascienden las formas tradicionales de seguros, mediante los cuales sólo reciben beneficios las personas capacitadas para concurrir a su sostenimiento.

La experiencia, la organización y los recursos de que dispone el Instituto Mexicano del Seguro Social, imponen la obligación de hacerlos extensivos, con el decidido apoyo gubernamental, a los núcleos sociales más necesitados.

Atendiendo a la calificación de que estos grupos haga el Ejecutivo Federal, el instituto proporcionará asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, conforme lo permitan sus recursos y condiciones sociales y económicas de la región.

Para que el otorgamiento de estos servicios no vulnere el equilibrio económico del Instituto, en detrimento de sus finalidades primordiales, se precisa que serán financiados por la federación, por la propia institución y por los beneficiarios y que la asamblea general determina anualmente el volumen de recursos que destinará para tal efecto, tomando en cuenta las aportaciones que haga el Gobierno Federal.

Dada la precaria situación económica de los sujetos a quienes están destinadas estas prestaciones, los beneficiarios podrán contribuir con aportaciones en efectivo o bien mediante trabajos personales que presten en beneficio de las comunidades en que habiten.

El tránsito del régimen de seguros sociales al de seguridad social no puede realizarse súbitamente, menos aún en un país que inicia apenas su proceso de desarrollo; pero no podemos mantener cerrado en la práctica el acceso a los beneficios del sistema, porque ello sería prolongar y agudizar el esquema de una sociedad dual, en que algunos grupos, incluidos en procesos económicos más modernos, diferencian rápidamente sus condiciones de vida de una mayoría de la población cuya marginación parece inalterable.

Por otra parte, la iniciativa amplía el campo de aplicación de las prestaciones sociales, al señalar en el artículo 234 nuevos programas a seguir por el Instituto, entre los que podemos señalar los relativos al establecimiento y administración de velatorios y otros servicios similares, construcción y funcionamiento de centros vacacionales y de readaptación para el trabajo y, en general, todos aquellos que son útiles para la elevación del nivel de vida individual y colectivo.

Luego de efectuar la acción de lectura comentada, se hicieron unos breves comentarios, los cuáles fueron:

Que el Régimen de Seguridad Social sirve de factor de redistribución del Ingreso (PIB) y de ahí su reciprocidad al derechohabiente en cuanto a que proporciona los servicios (lo que implica un costo).

Según Otto Visma: Hay que darle Seguridad Social a la clase trabajadora aún cuando no la necesite.

Características de las prestaciones que otorga el IMSS en los diferentes regímenes.

NOTA: Según revisión de las categorías o regímenes se descubrió que existen ciertas diferencias entre ellos en cuanto a la distribución de las prestaciones, las cuales se señalan con una raya en el cuadro siguiente:

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRESTACIONES QUE OTORGA EL I.M.S.S.
EN LOS DIFERENTES REGIMENES

REGIMEN ORDINARIO URBANO	ESQUEMA MODIFICADO DE CAMPO	PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL
<p>1. Enfermedades y Maternidad.</p> <p>1.1. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria : incluye medicina preventiva, curativa y rehabilitación. Niveles de medicina general, especialidad.</p> <p>1.2. <u>Subsidio en dinero, substitutivo del salario, para el asegurado.</u></p> <p>1.3. Ayuda a la lactancia.</p> <p>1.4. Canastilla para aseguradas.</p> <p>1.5. Ayuda a funeral de \$ 1,000.00 a \$ 6,000.00 cuando muere el asegurado</p>	<p>1. Enfermedades y Maternidad.</p> <p>1.1. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, incluye medicina preventiva, curativa, y rehabilitación. Niveles de medicina general, especialidad y alta especialidad. ✓</p> <p>1.2. No tiene.</p> <p>1.3. Ayuda a la lactancia</p> <p>1.4. Canastilla para aseguradas</p> <p>1.5. Ayuda de funeral de \$ 1,000 a - - \$ 6,000.00 cuando muere el asegurado</p>	<p>1. Enfermedades.</p> <p>1.1 Asistencia médico-quirúrgica. farmacéutica y hospitalaria. incluye medicina preventiva y curativa. <u>No cuenta con niveles de especialidad ni alta especialidad.</u></p> <p>1.2 a</p> <p>1.3 No tiene</p>
<p>2. Riesgos del Trabajo.</p> <p>2.1 Asistencia médico-quirúrgica. farmacéutica, hospitalaria y <u>aparatos de prótesis y ortopedia.</u></p> <p>2.2 <u>Prestaciones en dinero, por incapacidad temporal, total y permanente, o muerte para el asegurado. Cuantía elevada.</u></p>	<p>2. Riesgos del Trabajo.</p> <p>2.1 Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.</p> <p>2.2 <u>Prestaciones en dinero, sólo en caso de invalidez total y permanente.</u></p>	<p>2. Accidente.</p> <p>2.1 Asistencia médico-quirúrgica farmacéutica y hospitalaria. <u>Sin niveles de especialidad o alta especialidad.</u></p> <p>2.2 <u>No tiene</u></p>
<p>3. Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte.</p> <p>3.1 Pensiones en caso de <u>invalidez, vejez cesantía y muerte del asegurado, en relación al grupo y tiempo de cotización:</u> mínimo = \$ 600.00 mensuales.</p> <p>3.2 <u>Ayuda económica para gastos de matrimonio.</u></p> <p>3.3 Prestaciones socio-educativas: no generalizadas.</p>	<p>3. Vejez y Muerte.</p> <p>3.1 Pensiones en caso de vejez y muerte del asegurado, en relación al grupo y tiempo de cotización: mínimo = \$ 600.00 mensuales.</p> <p>3.2 No tiene</p> <p>3.3 Prestaciones socio-educativas : no generalizadas.</p>	<p>3. Vejez y muerte.</p> <p>3.1 No tiene</p> <p>3.2 No tiene.</p> <p>3.3 Prestaciones socio-educativas no generalizadas.</p>

Seguidamente y para finalizar dió a conocer:

Los niveles de atención del I.M.S.S.:

- Primarios

A. Medicina Familiar (medicina general)

- Secundarios

I. Hospitales generales de zona:

- a) Especialidades.
- b) Obstetrícia
- c) Ginecología
- d) Cirugía
- e) Medicina Interna
- f) Pediatría

- Terciarios

A) Centros médicos hospitalarios

1. Alta especialidad.

A las 14:30 en adelante el Dr. Antonio Bautista Cruz, procedió a exponer el tema: EL ESQUEMA MODIFICADO DEL IMSS.

El Doctor inició su charla haciendo una breve reseña de la historia de los pasos diacrónicos sufridos por la Ley del Seguro Social Mexicano, siendo así:

- Intentos 1920 - 1925 - 1929
Elaboración 1943

Puesta en marcha en 1944 y enfatizó que hasta 1972 ya se dan los planteamientos en forma general de la Cobertura para dar la facilidad de Ingresar al Régimen a los Campesinos de Yucatán "los henequeneros", quienes marcaron el paso primario de Incorporación al "Esquema modificado".

BREVE DESCRIPCION DEL ESQUEMA MODIFICADO

Recursos Físicos:

- (2) Clínicas Hospitalares de Concentración
(atienden los 3 niveles)
- Unidades 97
- (23) Clínicas Hospitalares (atienden lo. y
2o. nivel).
- (72) Clínicas de Campo (atención 1er. nivel,
esp., medicina familiar).

Recursos Materiales:

- Camas _____	196
- Quirófanos _____	13
- Salas de expulsión _____	25
- Laboratorios clínicos _____	24
- Rayos X _____	23

Consultorios:

- Medicina Familiar _____	196
- Especialidades _____	15
- Odontología _____	21
- Medicina Preventiva _____	88
- Urgencias _____	96

Productividad: (1980)

- Consultas otorgadas _____	1,523,797
- Atención urgencias _____	199,216
- Intervenciones quirúrgicas _____	8,584
- Partos atendidos _____	12,360
- Abortos _____	917
- Curaciones _____	131,937
- Inyecciones _____	192,049

Población y Cobertura:

- Población adscrita a la unidad _____	573,674
- Población usuaria _____	516,529
- Población adscrita a médico familiar	455,508
- Población atendida _____	421.575
- Porcentaje población usuaria	90.03%
- Promedio consulta por persona _____	3.61

Seguidamente realizó una exposición de transparencias, las cuales fueron las siguientes:

1. Esquemas de aseguramiento a la solidaridad social Fase "A" con cobertura de 3,800,000, sujetos en el período 1973-1979.
2. Esquema de financiamiento bipartita así
 - 60% Gobierno federal
 - 40% IMSS (Solidaridad Social)
3. Esquema de Aseguramiento de Solidaridad Social Fase "B" con 17,000.000 de sujetos.
4. Esquema de financiamiento fase "B" solidaridad social así:
 - 100% Gobierno Federal.
5. Esquema de prestaciones así:
 - Enfermedad y maternidad = prestaciones en especies.
 - (Traslado de pacientes a otras unidades de Solidaridad Social o a otras Instituciones de Salud).
 - Sin prestaciones económicas.

- Aquí se hizo incapie de los niveles de atención en:

Régimen Solidaridad Social

- 1er. nivel
- 2do. nivel

Régimen ordinario del Seguro Social

- 1er. nivel
- 2do. nivel
- 3er. nivel

6. Foto de una unidad médica rural
7. Foto de un hospital rural.
8. Esquema de prestaciones de un "Esquema Modificado".
9. Esquema de financiamiento del "Esquema Modificado".
10. Esquema de Aseguramiento al Esquema Modificado" con la descripción de las comunidades siguientes:

Según su orden:

- Henequeneros.
- Chontalpa
- Tabacaleros
- La Laguna
- Cadelilleros
- Fidepal
- Madereros
- Otros pequeños

Además en este lapzo dió el concepto de

Solidaridad Social.- Adhesión, conjuntarse o unirse al sufrimiento o al triunfo de alguien o se adhiere a la causa.

11. Esquema de aseguramiento y las prestaciones específicas del Régimen del Esquema Modificado.
12. Foto de la clínica de Coahuila.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 27 DE AGOSTO

Se iniciaron las actividades del día con la relatoría del día anterior.

Seguidamente el Dr. Arnulfo Ramos hizo una breve explicación de la seguridad social, así como la importancia que ella reviste y que a la vez ésta debe ser foco de desarrollo tanto de México como de los países latinoamericanos.

A continuación expuso el Dr. Francisco Olvera Martínez, mencionó los motivos y las bases sociales, económicas y políticas que dieron origen a la emisión de la Ley de Seguridad Social, así como definiendo que la Seguridad Social, es el contrapolo de la necesidad, su contraposición real y lógica.

La historia de la Seguridad Social empieza en México en 1943 mediante la Ley Federal del Trabajo; se organiza y se definen sus prestaciones; se desarrollan actividades para brindar soluciones a problemas de salud. Así como otras prestaciones.

Que en el articulado de la Ley del Seguro Social especifica:

Artículo 2º La Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Artículo 3º La realización de la Seguridad Social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo 4º El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social. Establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Artículo 7º El Seguro Social cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por esta Ley y sus reglamentos.

Artículo 8° Con fundamento en la Solidaridad Social, el régimen del Seguro Social, además de otorgar las prestaciones inherentes a sus finalidades, podrá proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo conforme a lo dispuesto en el título cuarto de este ordenamiento.

Artículo 232 Los servicios sociales de beneficio colectivo a que se refiere el Artículo 8° de esta ley, comprenden: prestaciones sociales y servicios de solidaridad social.

Artículo 236 Los servicios de solidaridad social comprenden: asistencia médica, farmacéutico e incluso hospitalaria, en la forma y términos establecidos en los artículos subsiguientes.

Artículo 237 El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estudio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y demás Instituciones de Salud y Seguridad Social.

Artículo 238 El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de Solidaridad Social que esta ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tiene derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen del seguro social.

Artículo 239 Los servicios de solidaridad social serán financiados por la federación por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por los propios beneficiarios. La Asamblea General determinará anualmente con vista en las aportaciones del Gobierno Federal, el volumen de recursos propios que el Instituto pueda destinar a la realización de estos programas.

Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio -para las comunidades en que habiten y que propicien, que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario- para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta ley.

En el año de 1973 se iniciaron los servicios de solidaridad social en el Instituto Mexicano del Seguro Social, estableciéndose a partir de entonces las bases para acelerar el tránsito de los sistemas de seguridad social reservados a sectores específicos de la población, hacia los grupos marginados y estratos económicos-sociales más bajos del país, otorgándose estos servicios como contraprestación de los trabajos y jornadas que los habitantes realizan en beneficio de su propia comunidad.

En las políticas el Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido que la prestación de servicios a su población amparada se proporcionen con: oportunidad, eficiencia y con sentido humano.

Estas políticas institucionales condicionan la prestación de servicios médicos de solidaridad social como los servicios que se otorgan tienen características particulares, la Subdirección General Médica del IMSS, órgano rector en la prestación de servicios médicos, ha señalado políticas especiales para el programa nacional de solidaridad por cooperación comunitaria. Entre estos podemos señalar las siguientes:

1. La organización y funcionamiento de un sistema integral de salud, acciones que se enfocan y encaminan al núcleo familiar y a la propia comunidad.
2. La integración de equipos interdisciplinarios de salud, con la participación de personal de medicina, enfermería, trabajo social, odontología, químico-biólogos, sociología, antropólogos sociales, médicos veterinarios, psicología social, técnicos en promoción de saneamiento, etc.

En cuanto a los objetivos específicos en cuanto a la atención médica, se han establecido el de mejorar los niveles de salud de la población amparada por el programa, mediante la atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud, elevando la esperanza de vida al nacer y disminuyendo la morbi-mortalidad general.

En el abatimiento de daños y riesgos pretende lograrse a través de atención continua e integrada con acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que se concretan en los subprogramas de atención materno-infantil y que consisten en:

1. Aumentar las coberturas y vacunación en los menores de 5 años por la alta susceptibilidad a los daños evitables por este procedimiento.
2. Incrementar la detección y control de padecimientos transmisibles.
3. Impulsar la detección de padecimientos crónicos y degenerativos por diagnóstico y de un tratamiento oportuno a los individuos de una población.
4. Ofrecer a la población con eficiencia y oportunidad los métodos temporales y definitivos para la regulación de la fecundidad, para lograr el crecimiento equilibrado y planeado de la población.
5. Atacar los problemas de salud más difundidos.
6. Otorgar el beneficio de atención médica con alta calidad y oportunidad a la población con técnicas preventivas y curativas.
7. Apoyar todas las acciones de difusión, información y convencimiento de la población tendiente a modificación de su conducta habitual.
8. Difundir y promover el programa de saneamiento del medio ambiente familiar, que en las comunidades amparadas cobran relevancia.

En los programas de atención a la salud en la unidad médica de campo. En estos se desarrollan los siguientes programas:

1. Atención médica integral a los núcleos familiares demandantes de servicio.
2. Programas prioritarios de salud.
 - 2.1. Panificación familiar
 - 2.2. Educación para la salud
 - 2.3. Integración, crecimiento y desarrollo

3. Programas específicos

- 3.1. Atención integral de la mujer
- 3.2. Atención integral del niño
- 3.3. Acción comunitaria dirigida a mejorar el medio ambiente familiar

Seguidamente el Dr. Felipe Murrieta, explicó que los programas de acción comunitaria se deben orientar así la promoción y fomento de las actividades de organización, educación de la propia comunidad a fin de llevar a cabo las actividades de uso adecuado del agua, eliminación de escretas, eliminación de basuras y desechos así como el mejoramiento de la vivienda.

En cuanto a los servicios que se otorgan en unidades médicas de solidaridad social se cuenta con:

- a) Unidades médicas rurales y
- b) Clínicas Hospital de Campo

En las unidades médicas de campo se da atención continua integrada de promoción, protección, recuperación, consulta externa, asistencia farmacéutica, materno-infantil, planificación familiar, orientación nutricional, inmunizaciones y otros.

En las Clínicas Hospital de Campo se da consulta externa de la especialidad de medicina familiar, preventiva, odontología y en consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina como ser: Gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna, etc.

En las Unidades Médicas Rurales existe un rotafolio básico de información que contiene la ubicación de la unidad, características de la población (habitantes y actividad), condiciones del medio ambiente, epidemiológicas y recursos humanos de la unidad.

En cuanto al apoyo técnico las unidades médicas rurales, cuentan con una serie de manuales que se han editado para este tipo de unidad y que mediante su consulta permiten orientar las actividades de este personal, siendo estas las siguientes:

1. Médicos en Servicio Social
2. Cuadro básico de medicamentos de U.M.R.
3. Procedimientos para la auxiliar de área médica
4. Procedimientos para traslado y control de pacientes
5. Administración de Unidades Médicas Rurales
6. Atención materno-infantil
7. Urgencias médico quirúrgicas
8. Modelo Rotafolio básico de información
9. Urgencias
10. Alimentación infantil
11. Pediatría
12. Ginecología y obstetricia
13. Picaduras y mordeduras por animales venenosos
14. Promoción de salud
15. Medicina preventiva
16. Organización y funciones de comité de salud

A continuación del Dr. Francisco Olvera M., expuso el tema "Evaluación de los Programas" de IMSS-COPLAMAR, quien hizo hincapié en las etapas del proceso administrativo y de qué manera se pueden fijar objetivos estratégicos que se sepa lo que se logra apreciando el valor estructural y funcional, detectando las desviaciones en forma práctica en relación al IMSS.

El proceso tiene tres fases que son:

- a) Planeamiento
- b) Dirección
- c) Control

Las evaluaciones IMSS-COPLAMAR

- sistema de salud, tiene tres partes que son según el cuadro a continuación:

ENTRADA	PROCESO	EVALUACION
-Estructura física -Recursos humanos -Recursos técnicos -Recursos materiales -El elemento fundamental es el solidario social	-Normas -Procedimientos IMSS -Documento diseñado -16 manuales -10 clínicas hospital de campo	-Resultados del impacto social -Presupuesto en base a conceptos

El sistema de evaluación de la subsecretaría de evaluación en base a la:

- a) Eficiencia
- b) Eficacia y
- c) Congruencia

En cuanto a eficiencia se refiere al recurso humano, físico institucional, material.

En cuanto a la eficacia se refiere al objetivo alcanzado.

En cuanto a la congruencia se refiere a los objetivos y metas que están de acuerdo a lo programado.

Por otra parte existen dos tipos de evaluación directa e indirecta.

Es directa cuando se ejecuta la acción al momento en que ejecutar una consulta, haciendo preguntas y conocer el grado de cambio de actitud.

Es indirecta cuando se realiza a través de documentos, programas, expedientes clínicos, etc.

A continuación el Dr. Luis Martínez Saavedra, quien expuso el tema de "Marginalismo". Cuyos objetivos son:

Objetivos:

Los objetivos generales derivados de esta política, conforme al orden de análisis señalado por la Secretaría de Programación y Presupuesto son los siguientes:

- I. Aprovechar adecuadamente la potencialidad productiva de los grupos marginados y de las zonas donde se hallan asentados para asegurar una oferta más abundante de bienes, fundamentalmente alimentos, y de servicios.
- II. Promover el establecimiento de fuentes de trabajo y su diversificación en las zonas marginadas mediante la canalización de recursos públicos y privados y la capacitación de los núcleos de población, cuidando de la cabal observancia de las leyes laborales y demás aplicables.
- III. Elevar la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos de las zonas marginadas mediante la difusión o modernas tecnologías y el aprovechamiento de respuestas tecnológicas adecuadas o tradicionales, según el caso.
- IV. Lograr una remuneración justa para el trabajo y los productos generados por los grupos marginados y promover una mayor aplicación de recursos que beneficien a los estratos más pobres en materia de alimentación, salud, educación y vivienda para propiciar un desarrollo regional más equilibrado.
- V. Fomentar el respeto y el desarrollo de las formas de organización de los grupos rurales marginados para fortalecer su capacidad de negociación en las fases de producción, distribución y consumo.
- VI. Fortalecer las manifestaciones propias de estos grupos y con ello la estructura pluricultural de México, y
- VII. Elevar la conciencia y la capacidad de organización de los núcleos sociales marginados para que sean capaces de influir en mayor medida en la orientación de las políticas nacionales y contribuir, con ello a modificar o remover las condiciones que hacen posible la excesiva acumulación de la riqueza y determinan la desigual aten

ción de las necesidades de los grupos marginados por parte de los propios instrumentos gubernamentales.

Junto con estas funciones de alcance general que vinculan las tareas de esta unidad administrativa con las que realiza la mayoría de las dependencias y entidades de la administración, el Presidente de la República dispuso que el titular de la Coordinación General presida o forme parte de los Consejos, Juntas Directivas o equivalentes de aquellas entidades que a través de los años, han sido creadas específicamente para atender algunos problemas derivados de la marginalidad social y el atraso económico. Estas entidades son las siguientes:

- Instituto Nacional Indigenista
- Comisión Nacional de Zonas Áridas
- Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital
- Fideicomiso para el Sosténimiento del Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital
- La Forestal, F.C.L.
- Fideicomiso para Obras Sociales a Campesinos Cañeros de Escasos Recursos (FIOSCER)
- Fideicomiso del Fondo Candelillero
- Productos Forestales de la Tarahumanara
- FIDEPAL, S. DE R.L. DE I.P. Y C.V.
- Patronato del Maguey
- Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías
- Compañía Forestal de la Lacandona, S. A.
- Fideicomiso para Rehabilitar Regiones del País afectadas o que en el futuro sufran las consecuencias de fenómenos físicos

El Convenio IMSS-COPLAMAR

El IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de Presidencia de la República (COPLAMAR), establecieron un Convenio para llevar a cabo el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, el cual firmó como testigo de honor el Presidente de la República, el 25 de mayo de 1979, teniendo como objetivos principales el ampliar la cobertura de servicios de salud a 10 millones de habitantes en zonas rurales y consolidar un Sistema de Cooperación Comunitaria como contra prestación a los derechos que se otorgan.

En este Convenio el IMSS, se compromete a establecer y operar 2,000 U.M.R. de las cuales 310 ya se encuentran funcionando con anterioridad, 890 iniciaron el 10. de septiembre y el resto se han programado para el 20 de noviembre. Así mismo se construirán y operarán 42 Clínicas Hospitales de Campo en diferentes partes del país que iniciarán su funcionamiento el 10. de marzo de 1980.

A continuación, veremos lo más relevante del Convenio que se presenta por 10 cláusulas, donde se define la participación de las instituciones y la comunidad beneficiada.

Primera: El Programa

El IMSS Y COPLAMAR, realizarán las actividades necesarias a efecto de lograr el establecimiento del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

Segunda: Objeto

El programa tendrá por objeto la ampliación del ámbito de cobertura de los servicios médicos de Solidaridad Social y la Consolidación de un Sistema de Cooperación Comunitaria a los niveles de población que deba considerarse como sujetos de solidaridad social.

Tercera: Las Zonas que Atenderán

Este programa se iniciará en las zonas en donde operen las entidades agrupadas en COPLAMAR y posteriormente ésta analizará y propondrá al IMSS nuevos agrupamientos en los que considere necesaria la prestación de estos servicios.

Cuarta: Los Sujetos

Los sujetos de este programa serán todos los habitantes de los núcleos de población que se declaren objeto de solidaridad social en los decretos respectivos.

Quinta: La Participación del IMSS

1. El IMSS se compromete a establecer y operar durante este año, 890 nuevas U.M.R. o urbanas. En el año de 1980 instalará y operará otras 800 U.M.R. o urbanas y 10 clí

nicas Hospitales de Campo. En el año de 1981 establecerá y operará 12 clínicas Hospitales de Campo más.

Para efectos administrativos y de prestación de servicios, el IMSS incorporará a la brevedad posible a este programa, las 310 Unidades Médicas Rurales o Urbanas y las 30 Clínicas Hospitales de Campo que existan a la fecha, para sumar un total de 2,000 Unidades Médicas Rurales y 52 Clínicas Hospitales de Campo como mínimo.

2. El IMSS se compromete a proporcionar los siguientes servicios de solidaridad social.

En las Unidades Médicas Rurales o Urbanas

- Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Consulta externa general.
- Asistencia Farmacéutica.
- Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar.
- Educación para la Salud.
- Orientación Nutricional.
- Promoción del Saneamiento.
- Inmunizaciones
- Control de Enfermedades Transmisibles

En las Clínicas Hospitales de Campo:

- Consulta externa de la especialidad de medicina familiar.
- Medicina Preventiva, Atención Odontológica.
- Asistencia Farmacéutica.

- Consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas;
 - Gineco-obstetricia
 - Pediatría
 - Cirugía General
 - Medicina Interna

Sexta: Los Compromisos de COPLAMAR

1. Promover ante las dependencias y entidades de la administración pública federal y ante los Gobiernos Estatales y Municipales el apoyo para la realización de los trabajos comunitarios en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, recursos económicos, etc.
2. Promover cuando sea necesario ante las entidades que agrupa o ante otras que tengan capacidad para organizar el trabajo comunitario, la celebración de convenios específicos que hagan posible la prestación adecuada de los servicios comunitarios.

Séptima: El Establecimiento de las Instalaciones

Las instalaciones precisadas en este documento, se establecerán en las localidades que el IMSS y COPLAMAR determinen como las más adecuadas, tomando como promedio regional la atención a 5,000 personas por U.M.R. y 200,000 por Clínica Hospital de Campo.

Octava: De la Propiedad de las Instalaciones

Cuando las instalaciones a que se refiere este Convenio se construyan con recursos del Gobierno Federal, serán propiedad de COPLAMAR, las que entrega virtualmente desde este momento, en comodato gratuito al IMSS. La organización, operación, administración y mantenimiento de dichas instalaciones, estarán a cargo del IMSS con los fondos que se le proporcionen de acuerdo con lo previsto en la cláusula novena.

Novena: El Aspecto Financiero

Para la realización de este programa se gestionará conjuntamente que los costos de inversión y el de operación sean cubiertos por el Gobierno Federal.

Décima: Los Trabajos Comunitarios

1. Los núcleos de población beneficiados deberán cumplir con lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 239 de la Ley del Seguro Social. Para tal efecto realizarán trabajos comunitarios cuyo cumplimiento constituirá una obligación genérica de las localidades donde habitan los sujetos y abrirá a los mismos el derecho a disfrutar de los servicios.
2. El trabajo comunitario será promovido, organizado y coordinado por las entidades agrupadas en COPLAMAR.
3. La falta o incumplimiento de trabajo comunitario será causa de la suspensión del servicio a menos que esta situación no sea imputable a la Comunidad.

Participación de las entidades de COPLAMAR

Desde la conformación del Convenio, los organismos que agrupa COPLAMAR han participado activamente en la ejecución del Programa. Entre éstos, el Instituto Nacional Indigenista, por medio de sus dependencias a nivel directivo, como las oficinas Coordinadoras Estatales y nivel operativo como los Centros Coordinadores Indigenistas, trabaja constantemente vigilando el desarrollo de las actividades del Convenio y además suministrando información de gran importancia que sirve de base al personal del IMSS para la construcción y operación de los establecimientos, así como el suministro oportuno de los recursos necesarios para implementar las Unidades Médicas.

Es de hacer notar, que la principal participación del Instituto Nacional Indigenista, tomando como base el conocimiento y arraigo en las regiones indígenas, es y será el enlace básico entre el personal médico y paramédico del IMSS para la mejor proyección de sus actividades.

Otros aspectos de la participación del personal técnico de las entidades COPLAMAR son:

- Selección de las comunidades sede de las Unidades Médicas Rurales y su área de influencia.
- Promoción y reclutamiento del personal auxiliar de las Unidades Médicas Rurales.
- Promoción y certificación de la donación de terrenos para las Unidades Médicas Rurales.
- Presentación de los médicos a la comunidad.
- Participación en el adiestramiento del personal médico responsable de las Unidades.
- Colaboración en el suministro de los insumos que requiere la Unidad para su operación.
- Vigilar y supervisar que los servicios que proporciona la Unidad sean con oportunidad, eficiencia y sentido humano.

Seguidamente el Lic. Arturo Toriz con el tema: "Trabajo Comunitario"

Antecedentes

1. De acuerdo con la Ley del Seguro Social (artículos 232, 237, 238 y 239, entre otros), el IMSS tiene facultades para organizar, establecer y operar unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habitan.

2. El Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en su Ley Reglamentaria y de conformidad con el programa aprobado por la Asamblea General celebrada el día 18 de diciembre de 1978, cuenta actualmente con 30 Clínicas Hospitalares de Campo y 310 Unidades Médicas Rurales que proporcionan servicios de solidaridad social y cuyos beneficiarios mediante la realización de trabajos en beneficio de las colectividades que habitan, tienen derecho a la asistencia médica y farmacéutica, así como quirúrgica y hospitalaria.

Sexta Los compromisos de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

COPLAMAR se obliga a:

- I. Promover ante las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y ante los Gobiernos Estatales y Municipales, el apoyo para la realización de los trabajos comunitarios en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, ayuda alimenticia, recursos económicos, etc.
- II. Promover, cuando sea necesario, ante las entidades que agrupa o ante otras que tengan capacidad para organizar el trabajo comunitario, la celebración de convenios específicos que hagan posible la prestación adecuada de los servicios comunitarios.

COPLAMAR de Presidencia de la República, en los términos del Artículo 8° de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, agrupa y coordina las siguientes entidades de la Administración Pública Federal: Instituto Nacional Indigenista; Comisión Nacional de Zonas Áridas; Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital; La Forestal, F.C.L.; el Fideicomiso del Fondo Candelillero; el Fideicomiso de Obras Sociales a Campesinos Cañeros de Escasos Recursos; Productos Forestales de la Tarahumara; FIDEPAL, S. DE R.L. DE I.P. Y C.V.; Patronato del Maguey; Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías y la Compañía Forestal de la Lacandona, S. A. Todos estos organismos tienen una estructura de penetración territorial que les permite promover, organizar, coordinar y acreditar los trabajos que aporten los beneficiarios.

Se volvieron a mencionar las cláusulas.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 28 DE AGOSTO

- TEMAS:
- I. Estructura y funciones de la coordinación general
Ponente: Dr. Antonio Bautista Cruz.
 - II. Procedimientos para determinar las áreas de servicio de solidaridad social. "En caso de UMR y CHC".
Ponente: Dr. Sergio Mojardín Espejel.
 - III. La construcción de las unidades médicas rurales y clínicas hospitalares de campo.
Ponente: Ing. Miguel Colorado González.
 - IV. Reclutamiento, selección, adiestramiento y contratación del personal para UMR.
Ponentes: Dr. Felipe Murrieza Santiago
Enf. Hermenegilda Arteaga Huerta
Sr. Joaquín Ochoa Puerto
C.P. Roberto Vázquez Guereca
 - V. Actividades preliminares para la iniciación de servicios de solidadad social.
Ponente: Dra. Patricia Vallejo Díaz

- I. Estructura y funciones de la Coordinación General
 1. El IMSS desde el punto de vista médico; tiene una jefatura de servicios médicos y seis subjefaturas.
 - Subjefatura de medicina familiar; análisis de la información; de R.H. y R.M.; de solidaridad social; de proyectos arquitectónicos y de hospitales y servicios médicos.
 2. Organograma de la Coordinación General de IMSS-COPLAMAR.
 - Unidad de planeación
 - . Departamento de producción
 - . Departamento de difusión

- Unidad de construcción, conservación y servicios técnicos.
 - . Departamento de proyectos y construcción
 - . Departamento de conservación
- Unidad de Coordinación Médica
 - . Departamento de programación
 - . Departamento de programas especiales
 - . Departamento de análisis de la información
- Unidad de información y evaluación del programa.
 - . Departamento de información
 - . Departamento de evaluación
- Unidad de enlace operativo
- Unidad financiera
 - . Departamento administrativo
 - . Departamento de abastecimiento

3. Objetivo

- Programar la amplitud del ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social y la consolidación de un sistema de cooperación comunitaria en beneficio de la población marginada.

4. El programa IMSS-COPLAMAR el 25 de mayo de 1979 tenía:

METAS INICIALES

52. CHC y 2,000 UMR para una cobertura de 10'000,000 de solidario habientes.

METAS FINALES

Rebasan las metas iniciales para 1982 71. CHC 3025. UMR para una cobertura de 17'083,747 solidario habientes.

5. Características de los servicios que se otorgan al: individuo, a la familia y a la comunidad.

- Atención médica; oportuna, eficiente y en sentido humano.
- Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud con
- Programas prioritarios; de educación, salud, planeación familiar, orientación nutricional, en fases de: medicina preventiva y saneamiento del medio ambiente.

6. Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud.

El 85% de las enfermedades se resuelven en UMR en consulta externa familiar.

El 12% en CHC en consulta externa de la especialidad de Medicina familiar y

El 3% de las enfermedades se resuelven en instituciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Hospitales y Universidades de la República Mexicana.

7. Supervisión y control

Se hace en tres niveles

- Primer nivel central.- En forma normativa y de control por sus cuatro subdirecciones generales; médica, de control, de administración y de obras.
- Segundo nivel coordinación general.- En forma de supervisión y de control nacional.
- Tercer nivel delegacional.- En forma de supervisión y control delegacional.

II. Procedimientos para determinar las áreas de servicio de solidaridad social.

- En caso de U.M.R.

1. Que la localidad sede sea de 500 habitantes para garantizar la permanencia del médico; que tenga agua de preferencia; que sea centro motor; que tubiera en su alrededor 5,000 habitantes en no menos de una hora de distancia.
2. Que no halla recursos ya instalados tales como SSA o IMSS

- En el caso de C.H.C.

1. Se toma en cuenta a COPLAMAR, IMSS y SPP
2. Las tomas donde se ha instalado mayor número de U.M.R.
3. Que concurra de 5 a 10,000 habitantes a la población.
4. Valorizando los valores de los indicadores socio-económicos que son producción, recursos de salud población de habitantes, densidad de población, población ejidal o comunal, hectáreas en riego, comunicación terrestre y servicios.
5. Se ubican las localidades candidatas con su latitud y longitud respectivamente.
6. Se meten a computadora o se suman algebraicamente los puntos, para obtener el llamado punto ideal.
7. Se ubica el punto ideal en plano y se localiza la comunidad más cercana al punto ideal.
8. Se programa visita conjunta a la comunidad y punto ideal entre COPLAMAR-IMSS

III. La construcción de las U.M.R. y C.H.C.

- Caso U.M.R.

1. Recepción y proceso de la información respecto a localidades y predios de organismos COPLAMAR
2. Valorización técnica de los predios tales como
 - Proximidad a la comunidad que se considere sede.
 - Dimenciones
 - No ser inundables
 - Sin grandes desniveles
 - Orientación adecuada
 - Posesión asegurada por medio de actos de cesión.
3. Apoyo estatal y municipal en las acciones de construcción tales como:
 - Jornadas indígenas
 - Pasantes de arquitectura e ingeniería civil para la dirección de la obra
4. Apoyo económico
 - Creación de fondos necesarios para la realización del programa
5. Apoyo administrativo
 - Mecanismos de ubicación de fondos para su aplicación al sistema.
 - Dotación de R.H. y R.M.

6. Apoyo técnico

- Creación de proyectos de los diferentes tipos de unidades.

Tipo A	Tabique y multipanel
Tipo B	Block y multipanel
Tipo C	Multipanel
Tipo D	Madera
Tipo E	Block y Bobedilla
Tipo F	Tabique y Bobedilla

Las cuales obedecen a un criterio de abastecimiento facilidad de construcción, clima, etc.

- Dividiendo el proceso constitucional en 14 eventos principales que son:
 - . Trabajos preliminares en el terreno.
 - . Trazo y cimentación
 - . Muros
 - . Cubierta
 - . Instalación hidráulica y sanitaria.
 - . Muebles sanitarios
 - . Instalación eléctrica
 - . Ventanas, puertas y chapas
 - . Pisos
 - . Acabados generales
 - . Mobiliario y equipo
 - . Obras exteriores
 - . Sistema de agua
 - . Fosa séptica

En caso de C.H.C. las actividades de apoyo son prácticamente las mismas que para la U.M.R. excepto las de apoyo técnico.

- Apoyo técnico
 - . Terreno de 100 x 100 mts.

. Debe contar con; urgencias, radio-diagnóstico, quirófano, consultorios externos, medicina preventiva, área de gobierno y administración, lavandería, cocina, subestación eléctrica, casa de máquinas con generación de vapor, aire acondicionado, servicios de conservación, patios y áreas verdes, estacionamiento, salas de espera y de circulación así como radio comunicación.

IV. Reclutamiento, selección, adiestramiento y contratación del personal para U.M.R.

- Desde el punto de vista médico pueden ser de dos tipos:

1. Primer tipo médico pasante en servicio social que es requerido por la Jefatura de Enseñanza del IMSS.
2. Segundo tipo médico titulado que es requerido por la Coordinación General del programa IMSS-COPLAMAR

El M.P.S.S. proviene de la Facultad o Escuela previo convenio de los mismos en tres tipos de promoción:

- . Promoción de febrero, agosto y noviembre

Requisitos al M.P.S.S.

- . Capacidad profesional para ejercer la carrera.
- . Buen estado de salud
- . Diez días para presentarse en la Delegación después de la firma del contrato.
- . Acudir al curso de "introducción al puesto" durante siete días.

Requisitos para el médico general

- . Título profesional
 - . Acta de nacimiento
 - . Registro Federal de Causantes
 - . Buen estado de salud
 - . Cinco días para presentarse en la Delegación después de la firma del contrato
 - . Y acudir al curso
- . Perspectivas de superación a M.P.S.S. y médico general.
 - . Asesor auxiliar
 - . Facilitar la entrada a medicina familiar dentro del IMSS
 - . Desarrollar el curso intensivo para la técnica de la anestesia
 - . Válido como residencia rotatoria y se le asegura la entrada al postgrado de anesthesiología.

Pasaron procedimientos de reclutamiento, selección, adiestramiento y contratación de personal de unidades médicas así como de abastecimientos.

Auxiliar de área médica

- . Reclutamiento a cargo de COPLAMAR
- . Selección a cargo de COPLAMAR e IMSS

Requisitos: de 18 a 40 años

Originario de la localidad
 Educación primaria
 Hablar el lenguaje de la localidad
 Aprobar el curso

Actividades: Acomodo de mobiliario y equipo
 registro de faltantes de movi-
 liario y equipo
 Orden y limpieza
 Equipar mesar
 Lavar, preparar y esterilizar
 Colocar material; estéril, con-
 sumo y ropa
 Acomodo de medicamentos y expe-
 dientes, colocar marbetes y
 recepción de pacientes
 Apertura de expedientes
 Llenar formularios
 Ayudar al médico en la explora-
 ción
 Realizar curaciones
 Hacer promoción de programas
 Se le proporciona apoyo técnico
 Manuales

V. Actividades preliminares para la iniciación de servicios de solidaridad social.

- De acuerdo con el concepto de hospital que tiene la OMS tiene tres características:
 1. Organización médica
 2. Organización de asistencia médica y sanitaria
 3. Organización de Centro Educativo
- En forma teórica antes de abrir una C.H.C.
 - Se definen los objetivos, políticas y funciones
 - Se hace reconocimiento de áreas de trabajo.

- Se organiza el cuerpo de gobierno
- Se hacen prácticas y simulacros definiendo responsabilidades en todas las áreas
- Se organizan trabajos prioritarios
- Se programa el trabajo

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 31 DE AGOSTO

Este día se inició tempranamente con el relato anterior, e inmediatamente después la Dra. María Elena Ramírez Grande abordó el tema sobre "La atención integral de la salud" que se da en las Unidades Médicas Rurales la cual corresponde siempre a un nivel primario de atención médica.

En ellas se abarcan problemas relacionados con el medio ambiente, sociales y psicosociales, llevando a cabo programas tendientes a la recuperación, promoción y prevención de la salud. La recuperación se realiza a través de la atención médica que se otorga en la consulta externa y urgencias. La protección de la salud se da mediante la atención médica integral a la madre y al niño, prevención y control de enfermedades transmisibles agudas y planificación familiar voluntaria. Los de promoción de la salud son actividades específicas en saneamiento ambiental y acción comunitaria.

Estos propósitos se cumplen planeando actividades que se realizan tanto dentro como fuera de la unidad médica. Todos los programas están relacionados entre sí y entre ellos se complementan.

Mencionó además la Dra. Ramírez que en las Clínicas Hospital de Campo los programas son iguales con la diferencia de que la labor es más completa por el personal con que se cuenta y en cuanto a la recuperación la atención es de segundo nivel y se cuenta con hospitalización, especialidades básicas, apoyo de laboratorio, Rayos X, etc.

En éstas los programas prioritarios y que también lo son a nivel nacional, son:

1. Planificación familiar
2. Orientación nutricional
3. Educación para la salud

Se procuran llevar siempre estos programas dando prioridad a la atención integral madre-niño, llevándose a cabo en la mujer los siguientes subprogramas:

1. Vigilancia profesional del embarazo, parto y puerperio.
2. Planificación familiar voluntaria
3. Detección oportuna del cáncer
4. Detección y control de las enfermedades venéreas
5. Detección y control de diabetes
6. Detección y control de tuberculosis
7. Prevención del tétanos
8. Odontología preventiva

El programa de atención al niño lleva los subprogramas siguientes:

1. Vigilancia y control de nutrición, crecimiento y desarrollo (recién nacido, lactante y preescolar).
2. Control y prevención de enfermedades transmisibles agudas.
3. Prevención y control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.
4. Detección y control de la tuberculosis
5. Prevención y control de parasitosis intestinales y de la piel.
6. Detección y control de fiebre reumática (escolar).
7. Odontología preventiva.

En saneamiento ambiental deben realizarse actividades en el medio ambiente familiar que hagan modificar los hábitos en la comunidad, tales como mejoramiento interno de las viviendas, disposición sanitaria de la basura, etc., también hay promoción de huertos familiares. En cuanto a los programas de promoción comunitaria se organizan Comités de Salud y Promotoras voluntarias.

Por último la Doctora enfatizó la importancia que se le da al binomio madre-niño tanta que actualmente después de cuatro horas de nacido el niño permanece siempre junto a la madre y si luego se enfermase y hubiera que hospitalizarlo ella puede permanecer junto a él mientras dura la hospitalización, con derecho a recibir la alimentación.

Después el Dr. José Luis Lozano Jiménez se refirió a la Solidaridad Social por cooperación comunitaria programa que es llevado a cabo por IMSS-COPLAMAR. Mencionó que COPLAMAR fue creada en 1977 y es el organismo coordinador que surgió de la unificación de varias instituciones que ya tenían acciones de gran cobertura en las poblaciones marginadas. Recordó las once instituciones ya conocidas por nosotros.

Actualmente llevan nueve programas en marcha, y desde 1978 como COPLAMAR tratando de resolver los problemas de los marginados. Sus objetivos primordiales son los de llevar el mínimo de bienestar social y como el IMSS tiene esa idea en común llevando solidaridad social desde 1973 se firma el convenio llamado IMSS-COPLAMAR para llevar asistencia a los marginados. (Educación, vivienda, alimentación, trabajo y capacitación).

Para poder funcionar COPLAMAR debe reunir los siguientes tres elementos:

- a) Programas integrados
- b) Programas específicos
- c) Recursos intransferibles

También debe realizar su programa con un año de anticipación sin poder salirse de él.

Los programas actuales son: IMSS-COPLAMAR; SEP-COPLAMAR (educación); SACOP-COPLAMAR (mejoramiento de la vivienda), de alimentación tiendas de capacitación - CONASUPO, adaptación para el trabajo, capacitación-cooperativa para la reforestación, agua, caminos, luz, son los nueve programas que se llevan.

Después de establecido el convenio IMSS-COPLAMAR el IMSS está obligado a la prestación de servicios médicos y a actividades de promoción de la salud de tal suerte que se disminuya la morbi-mortalidad, reuniendo en su sistema de solidaridad social las siguientes características:

1. Tener una organización de atención integral de salud.
2. Desarrollo de una política de acción comunitaria.
3. Debe tener un trabajo en equipo intra y extra muros.

4. Fomentar en la población el sentido de responsabilidad colectiva para el desarrollo del programa.

Trabajo comunitario

A partir del 5 de mayo de 1979, según la cláusula X para aumentar el nivel sanitario y social de la población se establecen las jornadas de trabajo correspondiéndole a COPLAMAR valorizarla según la labor o actividad de la población en relación a unas equivalencias establecidas.

Todo miembro de la comunidad debe realizar diez jornadas obligatorias al año, no siendo éstas necesariamente de tipo esfuerzo físico sino que también por asistencia a pláticas, a los programas de salud que se llevan en la UMR, o formando parte del Comité de Salud, etc. 1) Estas jornadas pueden ser para beneficio del medio ambiente familiar pudiendo realizar las acciones cualquiera que habite en la vivienda; 2) Puede ser por acción colectiva mejorando la comunidad sobre todo en el sector salud (letrinas).

Posteriormente, a las 12:00 horas la T.S. Consuelo Chacón mencionó alguno de los conceptos generales de los Comités de Salud diciendo que es la Célula que mueve las labores en la comunidad. Estos se escogen cuando el médico de la UMR conjuntamente con los líderes de la comunidad (captados por él) llaman a una asamblea general de la Comunidad y en ella se dan a conocer las actividades de los Comités de Salud y su importancia eligiéndose en seguida un presidente y tres vocales con sus suplentes para entonces levantar un acta. Se establece que el comité debe vigilar que se cumplan los programas de salud y se define la acción de cada integrante así: el presidente es el eje, organiza los grupos de trabajo, solicita asesoría a los del IMSS; el vocal de saneamiento se encarga de excretas, basuras, etc.; el vocal de nutrición, cultivo de hortalizas y huertas y el vocal de salud, captación de enfermos, de embarazadas, campañas de vacunación, etc. También dijo que el comité no debe trabajar solo y siempre debe apoyarse en las promotoras voluntarias y en las parteras empíricas.

Seguidamente el Dr. Francisco Olvera Martínez agradeció a nuestra compañera Chacón su aporte y pasó a establecer que la atención íntegra de la salud es básica ya que obedece a los factores de la

Triada Ecológica; Agente, Huésped Humano y Ambiente, los cuales deben estar en constante equilibrio porque habiendo alteraciones en cualquiera de ellos se presentan la enfermedad. Inmediatamente procedió a hacer una síntesis clara de algunos aspectos de solidaridad social (parte administrativa) ya vistos anteriormente tales como niveles de atención médica, programas que se llevan, recursos, mecanismos de evaluación, etc.

Luego pasamos a escuchar al Lic. Eduardo Socza Gutiérrez quien disertó sobre la Cédula de Supervisión Conjunta que se refiere a los aspectos de la Evaluación Integral. Para esta evaluación se han establecido cinco módulos que son los que dan la fuerza y la base para controlar las unidades y que funcionen bien. Siendo el INI y el FORESTAL los organismos que ayudan a llevar esta labor.

- Módulo # 1 Se refiere a los recursos humanos y a los mínimos necesarios de medicamentos que debe existir en la unidad médica rural.
- Módulo # 2 Es el de conservación y se lleva en tres niveles; primero es de conservación inicial y lo llevan el médico y la comunidad cubriendo el 70% de conservación de la unidad.
 Segundo nivel lo da el asesor polivalente quien lleva un cnofer polivalente con herramientas.
 Tercer nivel está a cargo de la delegación y son situaciones ya especializadas.
- Módulo # 3 Es el de Abastecimiento; se refiere al aprovisionamiento de medicamentos e instrumental. Hay 33 medicamentos básicos de mayor uso en las UMR.
- Módulo # 4 Es el Administrativo; lleva aspectos del manejo del personal encargándose de que reciban su pago a tiempo entre otras funciones.
- Módulo # 5 De acción Comunitaria que lleva a cabo INI y COPLAMAR para llevar el control, y si están recibiendo buen servicio de la UMR.

Esto es vigilado por los 150 médicos asesores del IMSS que una vez al mes visitan las unidades que tienen a su cargo, para al final

de mes presentar un resumen de las actividades supervisadas en las unidades a su cargo (primer nivel de evaluación).

En el segundo nivel de evaluación el jefe delegacional evalúa los resúmenes y resuelve los problemas de su capacidad.

En el tercer nivel de evaluación el jefe delegacional firma los resúmenes y envía la información al Nivel Central a través de un Telex dentro de los cinco primeros días del mes, captándose electrónicamente y haciendo un listado de todas las unidades, conociéndose al detalle toda la problemática de cada unidad el país el día 10 de mes, evaluándose todas las delegaciones (cuarto nivel de evaluación).

Existe otro mecanismo de evaluación que es la Unidad de Enlace Operativa la cual debe visitar una vez al año cada delegación para checar la veracidad y la rapidez de la información. Son gente del Nivel Central y las delegaciones no saben la fecha en que van a ser visitadas, diluyéndose por todas las unidades.

El Dr. Alfonso Martínez Uribe Nos dio la guía para verificar la ejecución de normas y procedimientos en las U.M.R. dándonos un largo listado de acciones que se llevan a cabo y aspectos que se toman en cuenta en las UMR y en la CHC para constatar que se llevan a cabo las políticas, propósitos y objetivos del programa con la finalidad de ver las desviaciones a tiempo y brindar asesoría oportuna para su corrección inmediata.

Finalmente el Dr. García Manzano nos explicó brevemente el uso de la forma 4-30-13 en la cual el médico vierte toda la información de su labor durante todo el mes, pero que estas labores son tantas y tan extensas que debe ir vaciando la información diariamente porque al final es casi imposible realizarla.

Se concluyó con el deseo conjunto de que llegase el día siguiente (primero) para patentar visualmente toda la belleza significativa de la seguridad social que tan magistralmente en teoría han sabido transmitirnos, todos los exponentes que han desfilado ante nosotros.

El día 10. de Septiembre de 1981, se realizó la primera de las dos visitas programadas a las áreas en donde se aplican Programas de Protección Social Rural.

Se acudió a la ciudad de Toluca, capital del Estado de México, en donde fuimos recibidos por el Lic. Francisco González de la Reguera en representación del Delegado Estatal del IMSS Carlos M. Piñera, y el Dr. Alberto Pérez Alvarez, Jefe de los Servicios Médicos, así como el grupo interdisciplinario de asesoría del Programa IMSS-COPLAMAR en el Estado, ya que el objetivo era visitar una Unidad de Medicina Rural del Programa de Solidaridad Social, para observar el funcionamiento de éstas en la atención médica de 1er. nivel, a los solidariorhábientes.

Después de la afectuosa bienvenida al grupo, se realizó una presentación de datos estadísticos, sobre la organización y avances del Programa, correspondiente al 1er. cuatrimestre de 1981, asimismo se nos dio a conocer que en el Estado se cuenta con 141 Unidades de Medicina Rural con igual número de médicos para atención de los pacientes, así como el apoyo de dos auxiliares de área médica en cada unidad.

Se nos dieron a conocer las políticas en la atención médica, que incluye la realización de un proceso de transformaciones culturales, sociales y económicas para mejorar las condiciones de vida en general y de la salud en particular, así como integrar la acción comunitaria en las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud.

Después de expresar nuestro agradecimiento por las facilidades que se nos brindaban para conocer el funcionamiento del 1er. nivel de atención, nos trasladamos a las Unidades Médicas Rurales "La Concepción de los Baños" y "Guadalupe Cachi", siendo los datos sobresalientes, los siguientes:

U.M.R. "La Concepción de los Baños"

Número de habitantes 2,691

Etnia predominante : Masahua

El 60% de la población se dedica a la agricultura.

U.M.R. Guadalupe Cachi

Número de habitantes 1,674

Etnia predominante: Masahua

El 85% de la población se dedica a la agricultura.

Por lo que respecta a la estructura de las Unidades Médicas, presentan las siguientes características:

- 1 Consultorio de medicina familiar
- 1 Archivo y farmacia integrados en el consultorio.
- 1 Area de curaciones, inyecciones, y primeros auxilios
- 1 Area de encamados con dos camas de tránsito (adultos y menores)
- 1 Area de almacenamiento de material de curación, instrumental, equipo y material de limpieza.
- 1 Area de residencia para el médico.

Cuentan con médico pasante y dos auxiliares del área médica con la característica de dominar el dialecto mazahua de la zona.

Estas Unidades realizan acciones de promoción, recuperación y rehabilitación, dándose énfasis a la medicina preventiva y educación para la salud, se brindan además atenciones curativas básicas.

Se lleva a cabo el Programa de Atención Materno-Infantil y el de Acción Comunitaria, donde surge como forma de organización el comité de salud, el cual es nombrado en asamblea de campesinos, cuya finalidad es la búsqueda de soluciones a sus necesidades colectivas.

Las 2 unidades cuentan con rotafolios básicos de información, donde se concentran las características del medio, los programas que se desarrollan y los logros que se alcanzan, pudiéndose observar en la Unidad Médica Rural, "La Concepción de los Baños", la gran aceptación que tiene entre la población, ya que la sala de espera se encontraba con mucha gente en espera de atención médica.

La visita finalizó a las 16:00 horas, trasladándonos a la ciudad de México, quedando concertada la cita para el día siguiente a fin de realizar la visita a la Clínica Hospital de Campo, de San Felipe del Progreso, donde se brinda atención de 1o. y 2o. nivel.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 2 DE SEPTIEMBRE

- Visita a la Clínica Hospital de Campo de San Felipe de Progreso, Estado de México.
- Hora de llegada: 13:10
- Se iniciaron las labores con una charla de las funciones generales y específicas de la Clínica Hospital de Campo de Solidaridad Social.

Participantes:

- Director Médico
Dr. Alberto Rojas Magaña
 - Coordinadora del grupo
Carolina Díaz Garduño
 - Asesor a nivel Central IMSS-COPLAMAR
Dr. Olvera Martínez
 - (2) Promotoras voluntarias
 - (2) Delegados del Hospital de zona IMSS de Toluca
- Entre los datos proporcionados sobresalen los siguientes:

- A) Apoyo a las UMR (52)
- B) Población amparada 260,000
- C) Población adscrita 17,365
- D) Comunidades de atención intensiva:

1. San Felipe de Progreso
2. El Obraje
3. El Tunal
4. Ejido del Tunal
5. El Calvario B.
6. Palmillas
7. San Juan Jalpa
8. Cabecera
9. San Pablo Talch
10. Ejido de San Juan Jalpa

- E) Población en áreas de acción
- F) Pirámide de población San Felipe de Progreso
- G) Pirámide de población de el "Obraje", "El Tunal", "San Juan Jalpa", "Palmillas".
- H) Principales actividades de los jefes de familia (predominando agropecuaria 97%)
- I) Estructura y diseño del C.H.C., el cual se demuestra en tres módulos:
 - 1. Módulo de consulta externa para atención paciente ambulatorio
 - 2. Módulo de hospitalización y urgencias
 - 3. Módulo de gobierno y Servicios Generales
- J) Tipos de programas internos
 - 1. Prioritarios
 - 2. Específicos
 - 3. Comunitarios

- Características

De la vivienda

Area de influencia

1. Ubicación

Rural 90%
suburbana 10%

2. Materiales de construcción

adobe 67%
madera 24%
tabique 9%

3. Distribución

Dispersa 83%
Agrupada 17%

- Condiciones del medio ambiente en relación al proceso salud-enfermedad.

- a) Abastecimiento de agua potable
- b) Disposición sanitaria de excretas
- c) Eliminación y manejo de basuras
- d) Control de fauna nociva y/o transmisora

- Características epidemiológicas

- a) Los diez padecimientos infecto-contagiosos más frecuentes

- 1. Amibiasis intestinal
- 2. Amigdalitis
- 3. Enteritis
- 4. Infecciones respiratorias agudas
- 5. salmonelosis
- 6. Parasitosis intestinal múltiple
- 7. Infecciones de vías urinarias
- 8. Ascariidiasis
- 9. Oxiuriasis
- 10. Ectoparasitosis

- b) Las cinco causas de muerte más frecuentes:

- 1. Enfermedades respiratorias agudas
- 2. Gastroenteritis
- 3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- 4. Desnutrición diversos grados complicaciones
- 5. Cirrosis hepática y complicaciones

Recursos humanos

- 1 Director Cirujano
- 1 Administrador

- 1 Jefe de enfermeras
- 1 Ing. de Conservación
- 2 Médicos anesthesiólogos
- 4 Médicos familiares

Personal de base

- 25 Auxiliares de área médica
- 7 Auxiliares de Administración
- 21 Auxiliares de Servicios Generales
- 1 Operador de servicios auxiliares
- 4 Operador de mantenimiento

Personal becario

- 4 Médicos pasantes en servicio social
- 2 Pasantes de odontología en servicio social
- 10 Pasantes de enfermería en servicio social
- 2 Internos de pregrado
- 2 Pasantes de Trabajo Social
- 2 Pasantes de Química, Farmacia y Biología
- 1 Residente de Pediatría
- 1 Residente de Gineco-obstetricia
- 1 Residente de Cirugía
- 1 Residente de Medicina Interna

- Entre otras funciones tienen asistencia de tercer nivel, cuando los casos no tienen tanta gravedad:

- a) Organización para trabajo comunitario
- b) Orientación, capacitación y adiestramiento
- c) Desarrollo de obras y servicios

Y por último nos mostraron la productividad de la unidad con relación a la población amparada (260,000)

- Seguido a la charla procedimos a hacer un recorrido por las instalaciones, las cuales las calificamos como "funcionales" y pudimos observar que la aceptación de la población es buena.
- Por último el compañero Hugo Rodríguez rindió las gracias a las autoridades de esa clínica por las importantes informaciones y atenciones que por parte de ellos tuvieron la gentileza de proporcionarlas.

PROYECTOS PRESENTADOS POR LOS PARTICIPANTES DEL
CURSO "PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL"

- DOMINICANA
- EL SALVADOR
- HONDURAS
- MEXICO
- NICARAGUA
- PANAMA
- PERU

MEXICO, D.F.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

CISS

•

TRABAJO DE REP. DOMINICANA

•

EN EL CURSO DE PROTECCION SOCIAL AL AREA RURAL

•

1 9 8 1

PARTICIPANTE: NELSON DIDIEZ NADAL

- - - -

INTRODUCCION

El doce de septiembre de 1978, en la ciudad de Alma-Ata, U.R.S.S., se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, donde se consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Los resultados de esta conferencia, auspiciada por OMS y UNICEF, arrojan luz acerca de las perspectivas de la salud en los países en vías de desarrollo, y orientan en cuanto a las estrategias viables de los futuros programas de salud frente a los bajos niveles socio-económicos de la mayoría de las poblaciones respectivas de esos países y frente a los escasos recursos con que se cuenta.

El final del párrafo quinto de la Declaración de Alma-Ata reza textualmente: "La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social". El siguiente párrafo dice: "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

La problemática de la salud en el área rural de los países en vías de desarrollo, como es el caso de la República Dominicana, solo puede plantearse en forma eficaz y eficiente en los términos del espíritu de las resoluciones de la Conferencia de Alma-Ata.

La estructura socio-económica de la población rural dominicana, los escasos recursos con que cuenta el Estado y la escasa incidencia en el área rural del régimen ordinario de prestaciones de la seguridad social, constituyen un valladar que necesariamente hay que salvar para alcanzar las metas más elementales del desarrollo y de la justicia social.

Si hechamos una visión retrospectiva al comportamiento del desarrollo socio-económico de la República Dominicana en los últimos 20 años, se puede inferir que la situación real de la población rural ha quedado estatica dentro del concepto de los indicadores de niveles de vida y que las calamidades principales del medio rural dentro del sub-desarrollo más bien han sido llevadas, en gran parte, con los campesinos emigrantes, a los cinturones de miseria de las zonas urbanas (ver "visión socio-económica de la República Dominicana").

VISION SOCIO-ECONOMICA DE LA REP. DOMINICANA

(Comprende)

1- VISION DEL DESARROLLO SOCIAL.

- Población total
- Crecimiento de la población total
- Esperanza de vida al nacer
- Fecundidad
- Dependencia demográfica
- Urbanización
- Crecimiento de la población urbana
- Analfabetismo
- Escolaridad General
- Mortalidad infantil
- Participación en la población económicamente activa
- Participación en el empleo
- Estratos ocupacionales medios y altos
- Población que dispone de agua potable
- Poblaciones urbanas servidas por sistemas de alcantarillado

2- VISION DEL DESARROLLO ECONOMICO.

- PIB total
 - Real
 - Corriente
- PIB por habitante
- Crecimiento del PIB real por habitante
- Crecimiento de la producción
 - PIB total
 - Industria
 - Agricultura
 - Servicios
 - Participación en la agricultura
 - Generación del PIB industrial
- Energía comercial
- Participación en el gasto del PIB
 - Consumo público
 - Inversión bruta fija
 - Exportaciones de bienes y servicios
 - Importaciones de bienes y servicios
- Inflación

3- VISION DEL SECTOR EXTERNO.

- Comercio de bienes y servicio
 - Valores absolutos
 - Crecimiento del volumen
 - Relaciones de precios de intercambio
- Estructura del comercio de bienes
 - Bienes de consumo
 - Combustibles
 - Bienes intermedios
 - Bienes de capital
- Comercio intraregional de bienes
- Deuda pública Externa desembolsada
- Reserva internacional

POBLACION TOTAL (miles a mitad de año)		CRECIMIENTO DE LA POBLACION TOTAL		ESPERANZA DE VIDA AL NACER	
		(tasas anuales medias)		(años)	
1960	1980	1960- 1970	1970- 1980	1960- 1965	1975- 1980
3,258	5 947	3.3	2.8	52.6	60.3

(continuación)

FECUNDIDAD		DEPENDENCIA DEMOGRAFICA		URBANIZACION	
(numero de hijos)		(poblacion menor de 15 años y mayor de 64 años, sobre po- blación de 15 a 64 años)		(poblacion en loca- lidades de 20 000 habitantes y más)	
1960- 1965	1975- 1980	(porcentajes)		(porcentajes)	
		1960	1980	1960	1970
7.5	5.0	98.9	90.7	18.7	30.2

CRECIMIENTO DE LA POBLACION URBANA	ANALFABETISMO	ESCOLARIDAD GENERAL	MORTALIDAD INFANTIL
(pob. (poblaciones de 20 000 habitantes y más en el año de 1970)	(analfabetos de 15 años y más sobre la población total)	(matrícula de alumnos entre 6 y 23 años sobre esa pob.)	(defunciones de niños de 0 - 1 años por cada mil nacidos.)
1960-1970	(porcentajes) 1960 1970	(porcentajes) 1969 1980	(tasas por mil) 1960- 1975- 1965 1980
6.2	35.5 33.1	42.0 60.0	110 74

(continuación)

PARTICIPACION EN LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA		PARTICIPACION EN EL EMPLEO (porcentajes.)		ESTRATOS OCUPACIONALES MEDIOS Y ALTOS	
(de 15 años y más sobre el total de esas mismas edades)		(población económicamente activa sectorial, alrededor de años indicados)		(porcentajes)	
-ambos sexos-	-mujeres-				
1960 1970	1960 1970	sector agrícol. 1960 1970	sector indust. 1960 1970	1960	1970
51.1 53.9	11.0 24.7	62.2 54.2	8.6 13.4	13.6	18.2

POBLACION QUE DISPONE DE AGUA POTABLE.		POBLACIONES URBANAS SERVIDAS POR SISTEMAS DE ALCANTARILLADO.	
(porcentajes)		(porcentajes)	
1960	1977	1960	1977
-	57.0	17.2	27.0

2 VISION DEL DESARROLLO ECONOMICO (sigue)

PIB TOTAL (valuado a precios del mercado)		PIB (por habitantes)	
REAL (millones de dólares de 1970)	CORRIENTE (millones de dólares corrientes)	CORRIENTE (dólares corrientes)	REAL (dólares de 1980)
1960	1980	1980	1980
1 041	3 337	6 409	561

CRECIMIENTO DEL PIB REAL REAL POR HABITANTES.		CRECIMIENTO DE LA PRODUCCION					
(tasas anuales medias)		PIB TOTAL		INDUSTRIA (incluye mi- nes, canteras, manufactura y construcción)		AGRICULTURA	
1960- 1970	1970- 1980	1960- 1970	1970- 1980	1960- 1970	1970- 1980	1960- 1970	1970- 1980
1.7	4.0	5.1	6.9	7.2	9.3	2.3	2.7

(continuación)

CRECIMIENTO DE LA PRODUCCION					
SERVICIOS (electricidad, gas y agua, transporte y comunicacio- nes, comercio mayor y menor seguros, hoteles, inmuebles)		PARTICIPACION EN LA AGRICUL- TURA.		GENERACION DEL PIB INDUSTRIAL	
		(por porcentajes del PIB) total			
1960- 1970	1970- 1980	1960	1980	1960	1980
6.0	7.2	33.9	17.5	19.6	30.1

ENERGIA COMERCIAL				PARTICIPACION EN EL GASTO DEL PIB (% del PIB total a precios constantes)			
(producción tasas anuales medias)		(consumo per capita, tonela- das de petró- leo equivalen- tes)		(consumo público)		(inversión bruta fija)	
1960- 1970	1970- 1980	1960	1979	1960	1980	1960	1980
25.6	20.5	0.10	0.30	13.09	8.0	8.4	34.2

(continuación)

PARTICIPACION EN EL GASTO DEL PIB (% del PIB total a precios constantes)				INFLACION	
(exportaciones de bienes y servicios)		(importaciones de bienes y servicios)		(tasas anuales me- dias de precios al consumidor)	
1969	1980	1960	1980	1960- 1970	1970- 1980
24.4	11.2	13.0	19.9	2.0	10.7

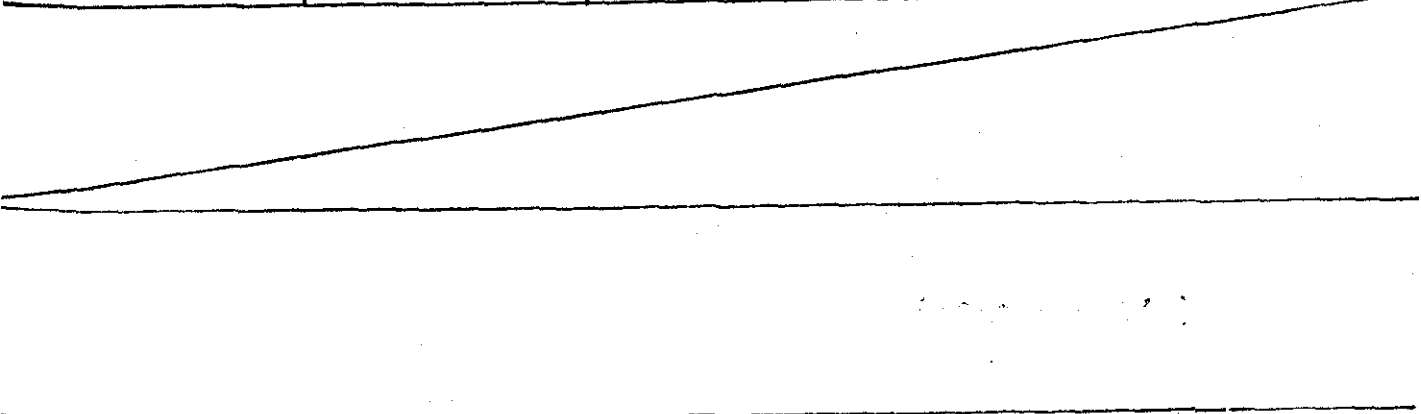
COMERCIO DE BIENES Y SERVICIOS

VALORES ABSOLUTOS (millones de dólares)				CRECIMIENTO DEL VOLUMEN (tasas medias anuales, porcentajes)			
EXPORTACIONES		IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		IMPORTACIONES	
1960	1980	1960	1980	1960-1970	1970-1980	1960-1970	1970-1980
172	1227	117	1900	0.1	3.8	10.4	6.2

(continuación)

COMERCIO DE BIENES Y SERVICIOS (cont.)		ESTRUCTURA DEL COMERCIO DE BIENES							
(relacion de precios del intercambio) (1970=100)		(composición de las importaciones de bienes) (% del total, excluye el grupo "varios")							
		BIENES DE CONSUMO.		COMBUSTIBLES.		BIENES INTERMEDIOS.		BIENES DE CAPITAL.	
1960	1980	1960	1979	1960	1979	1960	1979	1969	1979
80	115	24.8	14.9	10.1	25.9	38.6	40.5	26.4	18.7

CORRECTO INTERNACIONAL DE MONEDA		MONTOS EN MONEDA NACIONAL					
(porcentajes del total)		1960		1970		1980	
EXPORTACIONES	IMPORTACIONES	1960	1970	1960	1970	1960	1970
-	9.8	-	10.8	0	000	000	000



MONTOS EN MONEDA NACIONAL		MONTOS EN MONEDA NACIONAL	
(en millones de P.)		(en millones de P.)	
1960	1970	1960	1970
00	000	000	000

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL AREA RURAL
DE LA REPUBLICA DOMINICANA

o

- 1- LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA.
- 2- LA PROBLEMATICA DEL AREA RURAL.
- 3- LA EXPERIENCIA AJENA.
- 4- LA SOLIDARIDAD SOCIAL.
- 5- PLAN PROPUESTO.

o

I

LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

El sistema de Seguros Sociales de Republica Dominicana comprende obligatoriamente a los "empleados" particulares cuyo salario tope no exceda de RD\$ 200.00 (unos 160 dólares) mensuales y a los obreros cualesquiera que fuera el monto de su remuneración. Las principales categorías de trabajadores excluidos del sistema son los empleados públicos, los trabajadores independientes, los trabajadores domésticos y los empleados cuyos salarios excedan de RD\$ 200.00 mensuales. La Ley establece distinciones además para asegurados fijos y móviles, según el empleo tenga carácter permanente o temporal, constituyendo los asegurados fijos el 38 % del total, y los asegurados móviles el 62 % restante. El 46 % de los asegurados residen en la zona central y del Este, mientras que el número de asegurados en la zona agrícola del Norte es muy limitado.

Debido a las características de la economía nacional, con una alta concentración de trabajadores independientes en labores agrícolas y en el sector de servicios, una hipertrofia del sector público, rápido incremento de los niveles de salario en los últimos años y tasas elevadas de evasión en la afiliación y el pago de cotizaciones, la población asegurada es relativamente baja y asciende actualmente a 170 000 personas (12 % de la población económicamente activa y 38 % de los asalariados).

o

II

LA PROBLEMATICA DEL AREA RURAL

- El problema general del campo en la Rep. Dominicana se resume así:
- 1- Escasez de atención médica en el área de la población rural;
 - 2- Falta de organización comunitaria;

- 3- Tenencia inadecuada de la tierra;
- 4- Falta de fuentes de trabajo estables;
- 5- Monocultivo cañero predominante en extensas regiones;
- 6- Falta de vivienda adecuada;
- 7- Bilingüismo Creol-español en las áreas cañeras;
- 8- Escasa capacitación técnica en los habitantes;
- 9- Escasez de agua potable y mal uso del agua;
- 10- Bajo nivel de saneamiento ambiental;
- 11- Aspectos jurídicos y políticos negativos;
- 12- Bajos índices educativos y alta deserción escolar;
- 13- Sistemas de atención medica basados en el concepto de "fortaleza de salud", o preponderantemente curativa;
- 14- Alta tasa de desnutrición en niños en edades entre 1 a 4 años; y
- 15- Alta incidencia de enfermedades venereas y de tuberculosis en las áreas de cultivo de caña.

o

III

DE LA EXPERIENCIA AJENA

Del ámbito latinoamericano, vale tomar los ejemplos de dos naciones con estructuras y sistema económico iguales a los de la República Dominicana como son Costa Rica y México. El primero se lanza a un seguro social total y hoy nos enteramos de las profundas dificultades económicas por que atraviesa ese modelo. En el caso de México, encontramos una interesante experiencia, basada en la adopción de pasos cautelosos pero seguros en la evolución de su sistema de seguridad social. Es así como México mantiene hoy tres regímenes de protección social: a)-el régimen ordinario urbano; b)-el esquema modificado de campo; y, c)-el programa de solidaridad social.

La experiencia de México en el campo de la solidaridad social es rica en enseñanzas y constituye una alternativa interesante en los canales de la redistribución del ingreso para la motorización del desarrollo y los logros de la justicia social, y ofrece la posibilidad de implementar en vastas regiones rurales programas prioritarios de salud dentro de los conceptos y resoluciones adoptados en Alma-Ata, que son en síntesis lograr una cobertura amplia de la atención primaria de salud, en base a una participación plena de los individuos y familias de cada comunidad.

o

IV

LA SOLIDARIDAD SOCIAL

Se define como la responsabilidad compartida que corresponde a todo individuo o grupo de persona para contribuir directa o indirectamente con su aportación material o personal o personal, y en la medida de sus posibilidades a la satisfacción de necesidades legítimas

de otros individuos o grupos, sea asociándose o adhiriéndose a la causa de otros en forma organizada.

La solidaridad social es una filosofía, es sinónimo de seguridad social. Son ambas diferentes al concepto "seguros sociales". Esta última es la idea y práctica original; las anteriores son la evolución esta última.

o

V

PLAN PROPUESTO

Consiste en un plan experimental (programa piloto) en una región geográfica delimitada y que sea representativa de las condiciones socioeconómicas rurales promedias del país. Este plan, que se desarrollaría en una zona rural cañera, deberá estar bajo la autoridad de un organismo conjunto de coordinación integrado por representantes del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), de la Corporación Estatal del Azúcar (CEA) y de la Oficina de Desarrollo de la Comunidad (ODC), con facultades superiores de decisión.

El plan, basado en la solidaridad social, deberá establecer la mejor forma de obtener en el ámbito rural una distribución de las funciones médico-sanitarias entre el IDSS y el nuevo sistema de protección rural, aprovechando la actual red de establecimientos de Consulta Externa del IDSS, previa rehabilitación del Hospital de Base Arzobispo Meriño, de la localidad de Sabana Grande de Boyá y los actuales Dispensarios Médicos periféricos al mismo.

El Objetivo General del programa piloto sería: Incorporar, a cambio de trabajo comunitario, al 80 % de la población rural del Municipio de Sabana Grande de Boyá a la protección social, con miras a que al término de tres (3) años logren mejorar los niveles de vida en salud y saneamiento ambiental.

En el financiamiento existirían dos etapas: una transitoria y otra definitiva. Los dos primeros años sería transitorio, tomando-se los recursos del IDSS y del CEA fundamentalmente, con un criterio de partes iguales. La etapa definitiva comenzaría a partir del inicio del tercer año del proyecto. En esta etapa estarán cargados al IDSS, siendo gastos de funcionamiento.

El Régimen que proponemos de prestaciones a cambio de la participación de los solidariorhábientes en los programas de trabajo comunitario o la participación de los mismos en los programas prioritarios de salud es el que se ha implantado en México:

1- ENFERMEDADES.

1.1 Asistencia médico-quirúrgica.

Farmacéutica y hospitalaria.
(incluye Medicina Preventiva y curativa)

2- ACCIDENTES.

2.1 Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

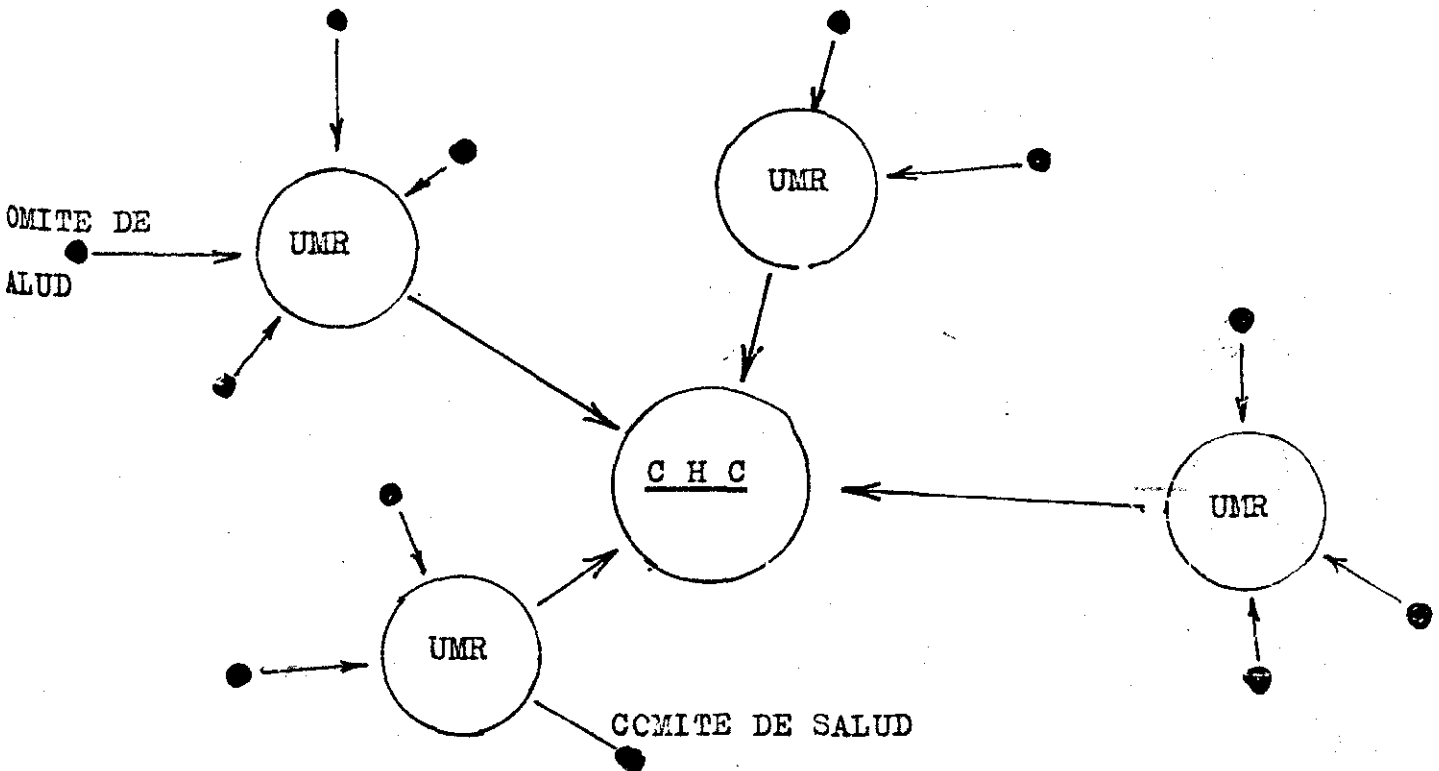
Sin niveles de especialidad o alta especialidad.

3- PRESTACIONES SOCIO-EDUCATIVAS NO GENERALIZADAS.

Para los fines de lograr un ensayo de Atención Primaria de Salud (APS) fundamentada en la participación de la comunidad, se diseñará una estructura del sistema de atención médica piloto en el cual el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, sea llevado lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas, y constituya el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Este sistema nacional de salud piloto se iniciará en los Comités de Salud. Estos se referirán a las Unidades Médicas Rurales (Clínicas Rurales), y estos al Hospital Arzobispo Meriño, rehabilitado como Clínica Hospital de Campo (CHC).

ESTRUCTURA DEL SISTEMA



El plan propuesto lo denominamos "Modelo de Predecisión para Llevar a Efecto Programa Piloto de Solidaridad Social a la Población Rural del Municipio de Sabana Grande de Boyá".

Detalles a continuación: No sin antes dejar sentado que la ESENCIA DEL PROGRAMA PILOTO es PROMOVER LA ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD como es 1- PROMOCION DE LA SALUD (educación); 2- RECUPERACION Y REHABILITACION; 3- PREVISION DE ENFERMEDADES.

En el primer renglon contamos con: Atención integral de la mujer y del niño.- Saneamiento y medicina familiar, como sería:

- a- Detección de C.A
- b- " de T.B
- c- " de Diabetes Melitus
- d- " de Venéreas
- e- Vigilancia del embarazo, parto y puerperio.

En el segundo renglón contamos con: Atención médica. - Consulta Externa General. - Hospitalización en las 4 básicas

- a- M.I
- b- G.O
- c- PED.
- d- CIRUGIA

En el tercer renglón contamos con: Programas prioritarios como:

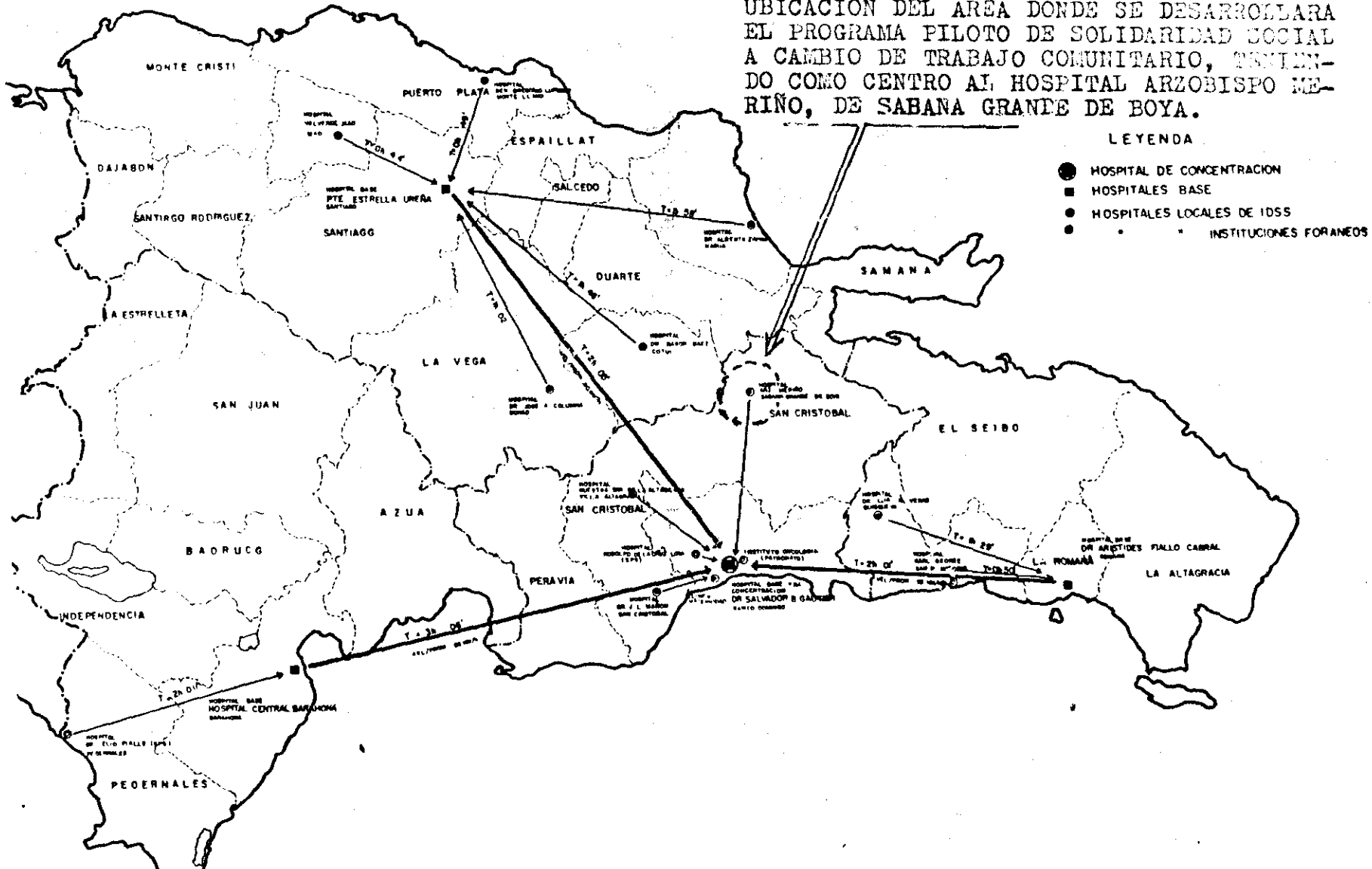
- a- Orientación Nutricional.
- b- Educación Higiénica.
- c- Planificación Familiar
- d- Odontología Preventiva.

Finalmente, hay que señalar que estos programas se deberán desarrollar dentro de los ámbitos INTRA y EXTRA MUROS, sirviendo los resultados del programa piloto para satisfacer, en un futuro programa nacional, las 6 necesidades básicas como son:

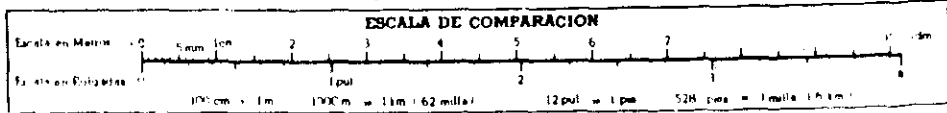
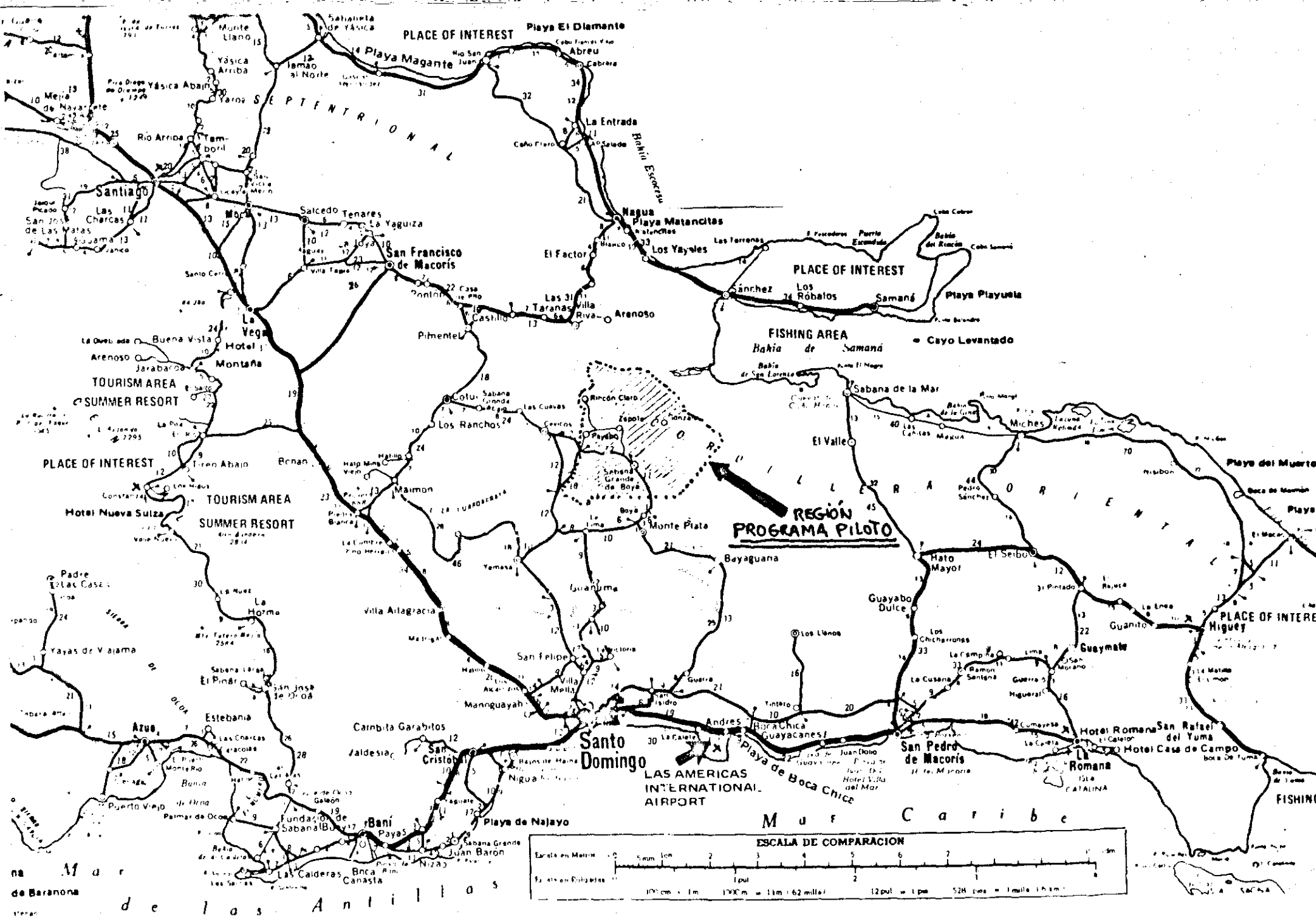
- 1- SALUD
- 2- EDUCACION
- 3- VIVIENDA
- 4- ALIMENTACION
- 5- TRABAJO
- 6- CAPACITACION

MODELO DE PREDECISION PARA LLEVAR A EFECTO PROGRAMA PILOTO DE
SOLIDARIDAD SOCIAL A LA POBLACION RURAL DEL MUNICIPIO DE SABA-
NA GRANDE DE BOYA - R. D.

UBICACION DEL AREA DONDE SE DESARROLLARA EL PROGRAMA PILOTO DE SOLIDARIDAD SOCIAL A CAMBIO DE TRABAJO COMUNITARIO, TOMANDO COMO CENTRO AL HOSPITAL ARZOBISPO MERINO, DE SABANA GRANDE DE BOYA.



IDSS	ZONIFICACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	DISEÑO ARO J A MADAL
	SISTEMA HOSPITALARIO ISOCRONOS	DIBUJO DIEGO VELAQUEZ
		FECHA: 1-10-71



MODELO DE PRECISION PARA LLEVAR A EFECTO PROGRAMA PILOTO DE SOLIDARIDAD SOCIAL
A LA POBLACION RURAL DEL MUNICIPIO DE SABANA GRANDE DE BOYA - REP. DOMINICANA -

1- PROBLEMAS	2- OBJETIVO GENERAL	4- METAS	5- ACCIONES PREVIAS	6- ACCIONES	7-TIEMPO	8- OBJETIVOS	9- RECURSOS	
<p>1- ESCASEZ DE ATENCION MEDICA EN EL AREA DE LA POBLACION RURAL.</p> <p>2- FALTA DE ORGANIZACION COMUNITARIA.</p> <p>3- TENENCIA INADECUADA DE LA TIERRA.</p> <p>4-FALTA DE PUENTES DE CRUCCO ESCABILES EN EL AREA RURAL.</p> <p>5- MONOCULTIVO CAMERO PREDOMINANTE EN LA REGION.</p> <p>6- FALTA DE VIVIENDA ADECUADA.</p> <p>7- EMINENTISMO CREOL - EN LA ZONA DE LAS COMUNIDADES RURALES CARRERAS.</p> <p>8- ESCASA CATACTIZACION TECNICA EN HABITANTES DE LA REGION.</p> <p>9- ESCASEZ DE AGUA POTABLE Y MAL USO DEL AGUA.</p> <p>10- BAJO NIVEL DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.</p> <p>11- ASPECTOS JURIDICOS Y ESCRITOS NEGATIVOS.</p> <p>12- BAJOS INDICES ESCOLARES Y ALTA DESERCIÓN ESCOLAR.</p> <p>13- SISTEMA DE ATENCION MEDICA BASADO EN EL CONCEPTO DE "MEDICINA DE CASAS", O ENFERMERIA FAMILIAR CURATIVA.</p> <p>14- ALTA TASA DE DESNUTRICION EN NIÑOS EN ETAPAS DE 1 A 4 AÑOS.</p> <p>15- ALTA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES VENEREAS Y DE TUBERCULOSIS.</p>	<p>INCORPORAR, A CAMBIO DE TRABAJO COMUNITARIO, AL 80 % DE LA POBLACION RURAL DEL MUNICIPIO DE SABANA GRANDE DE BOYA A LA ATENCION SOCIAL, CON MIRAS A QUE AL TERMINO DE TRES (3) AÑOS LOGREN MEJORAR LOS NIVELES DE VIDA EN SALUD Y SANEAMIENTO AMBIENTAL.</p> <p>3- RESPONSABLES</p> <p>I- COORDINADORES</p> <p>a- IDSS (INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES)</p> <p>b- CEA (CORPORACION ESTATAL DEL AZUCAR)</p> <p>c- ODC (OFICINA DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD)</p> <p>II- SUPERVISORES</p> <p>a- STP (SECRETARIADO TECNICO DE LA PRESIDENCIA)</p> <p>III- DIRECCION</p> <p>a- COMITE COORDINADOR</p> <p>IV- UNIDAD EJECUTORA</p> <p>a- DEPARTAMENTO MEDICO DEL IDSS</p> <p>V- SOLICARIOS</p> <p>a- AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE S. G. DE BOYA</p> <p>b- AUTORIDADES LOCALES DE SALUD.</p> <p>c- ASOCIACIONES COMUNALES LOCALES.</p>	<p>1- CREACION DE UN COMITE COORDINADOR DEL PROGRAMA PILOTO.</p> <p>2- REHABILITAR EL HOSPITAL IDSS DE SABANA GRANDE DE BOYA PARA QUE FUNCIONE COMO CLINICA POSIBILITAD DE CARIÓ (CNC) DE LA ZONA, CON ATENCION MEDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVELES.</p> <p>3- REHABILITAR LOS DISPENSARIOS MEDICOS IDSS DEL SECTOR PARA QUE SIRVAN Y FUNCIONEN COMO UNIDADES MEDICAS RURALES (UMR).</p> <p>4- CAPACITAR PERSONAL MEDICO Y AUXILIAR PARA EL NUEVO SISTEMA PILOTO DE SALUD.</p> <p>5- INTEGRAR A LA POBLACION RURAL OBJETO AL TRABAJO COMUNITARIO ORGANIZADO.</p> <p>6- INTEGRAR UN SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS) BASADO EN EL APOYO COMUNAL.</p> <p>7- QUE LA EVALUACION FINAL DEL PROGRAMA PILOTO SIRVA DE BASE A LA FORMULACION DE UN PROGRAMA NACIONAL AMPLIADO DE SOLIDARIDAD SOCIAL.</p>	<p>I.a. ESTUDIO DE LAS NECESIDADES SENTIDAS EXPRESADAS Y NO EXPRESADAS DE LA POBLACION OBJETO.</p> <p>I.a.b. ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE ATENCION MEDICA Y DE LA LEGISLACION VIGENTE SOBRE SEGURIDAD SOCIAL.</p> <p>I.a.b.c. ESTUDIO DE LAS POSIBILIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y TECNICOS DE LAS INSTITUCIONES COORDINADORAS.</p> <p>I.a., II.a. ESTUDIO ESTADISTICO Y DEMOGRAFICO.</p> <p>I.a.b.c. ELABORACION DE ANTEPROYECTO CON FASES PRELIMINARES Y SOMETERLO LUEGO A LA APROBACION DE II.a.</p> <p>II.a. RECIBE EL ANTEPROYECTO, ESTUDIA Y APRUEBA.</p> <p>I.a.b.c. FIRMAN ACUERDO DE PROGRAMAS PILOTO.</p> <p>I.a.b.c. INTEGRACION DEL COMITE COORDINADOR.</p> <p>III.a. FORMULACION DE ESTRATEGIAS CONJUNTAMENTE CON IV.a.</p> <p>(DERIVADOS DE SECCION 3-RESPONSABLES)</p>	<p>1.1 DEFINIR LAS PERSPECTIVAS DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL. ANEXOS # 1,7,27,28,30</p> <p>1.2 REALIZAR LABOR DE CONSENSUACION DE LA POBLACION OBJETO.</p> <p>1.3 DIFUNDIR Y ENSEÑAR AL PERSONAL DEL PROGRAMA LOS PRINCIPIOS GENERALES A SEGUIR PARA QUE LA (APS) TENGA EXITO. ANEXOS # 5,8.</p> <p>1.4 ELABORAR PROCEDIMIENTO PARA CONTRATACION Y PAGO DEL PERSONAL DEL PROGRAMA. ANEXO # 12</p> <p>1.5 ELABORAR UN MANUAL QUE CONTENGA Y ESPECIFIQUE LAS FUNCIONES DE LOS MEDICOS EN ASISTENCIA DEL PROGRAMA. ANEXO # 15</p> <p>2.1 REHABILITAR EL HOSPITAL IDSS DE MATEY ENDO COMO CNC, PARA BRINDAR ATENCION MEDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL. - ANEXOS # 14,28,31</p> <p>3.1 CREAR Y USICAR LAS UMR SEGUN MODELO MATHEMATICO. ANEXO # 25</p> <p>3.2 ELABORAR MANUAL DE NORMAS BASICAS DE OBSERVACION DE LAS UMR. ANEXO # 13</p> <p>3.3 DISEÑAR PLANOS DE LAS UMR. ANEXO # 11</p> <p>4.1 ELABORAR UN MANUAL QUE DEFINA LAS NORMAS DE RECLUTAMIENTO DE LOS MEDICOS PASANTES ASPIRANTES. ANEXO # 3,2</p> <p>4.2 ELABORAR UN MANUAL DONDE SE DEFINA LA ADMINISTRACION DE LAS UMR. ANEXO # 16</p> <p>4.3 ELABORAR UN MANUAL QUE DEFINA LAS NORMAS DE RECLUTAMIENTO DEL PERSONAL AUXILIAR PARA LAS UMR. ANEXO # 2</p>	<p>4.4 ELABORAR FOLLETO INFORMATIVO PARA LOS MEDICOS ASPIRANTE A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA. ANEXO # 10</p> <p>4.5 ELABORAR UN CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS PARA LOS MEDICOS DE UMR. ANEXO # 17</p> <p>4.6 ELABORAR UN PROCEDIMIENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. ANEXO # 19</p> <p>4.7 ELABORAR UN CATALOGO DE ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA. ANEXO # 21</p> <p>4.8 ELABORAR UN MODELO DE FOLLETO BASICO DE INFORMACIONES ETIOLOGICAS Y DE ALIMENTOS. ANEXO # 22</p> <p>4.9 FORMULAR MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS EN URGENCIAS MEDICAS. ANEXO # 23</p> <p>4.10 FORMULAR MANUAL CON NORMAS PARA MEJORAR LA ALIMENTACION INFANTIL. ANEXO # 20</p> <p>4.11 FORMULAR MANUAL CON NORMAS PARA EL TRASLADO Y CONTROL DE PAGIENTES. ANEXO # 24</p> <p>4.12 ELABORAR FOLLETO DE INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACION DE LOS INFORMES MENSUALES DE LAS UMR. ANEXO # 30</p> <p>4.13 INSTRUIR POR MEDIO DE CURSILLOS AL PERSONAL CONTRATADO MEDICO O AUXILIAR. ANEXOS CITADOS EN 4.1 A 4.12)</p> <p>5.1 FORMULAR NORMAS DE REGULACION TRABAJO COMUNITARIO. ANEXOS # 6,31,32</p> <p>6.1 ELABORAR MANUAL CON NORMAS DE COMITES DE SALUD. ANEXOS # 18, 19</p> <p>6.2 ORGANIZAR LOS COMITES DE SALUD EN AREAS DE UMR. ANEXOS # 5,8,18,19</p> <p>6.3 DESARROLLAR LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD Y DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.</p>	<p>I.a. AL III.a. EN LOS SEIS PRIMEROS MESES.</p> <p>1.1 AL 1.5 EN LA SEGUNDA MITAD DEL PRIMER AÑO</p> <p>2.1 AL 3.3 EN TODO EL SEGUNDO AÑO.</p> <p>4.1 AL 4.2 EN TODO EL SEGUNDO AÑO.</p> <p>6.3 DURANTE TODO EL TERCER AÑO.</p> <p>(SE DERIVA DE LAS SECCIONES 5-ACCIONES PREVIAS Y 6-ACCIONES)</p>	<p>1- QUE LA POBLACION RURAL DEL MUNICIPIO DE SABANA GRANDE DE BOYA OBTENGA ASISTENCIA MEDICA A CAMBIO DE TRABAJO COMUNITARIO EN UN 80 %.</p> <p>2- QUE LA POBLACION RURAL DEL AREA MEDIOLE SUR SANEAMIENTO AMBIENTAL EN UN LAPSO DE UN AÑO.</p> <p>3- QUE EL ESTADO CUENTE CON UN SISTEMA DE APS PILOTO DENTRO DEL MARCO DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL APLICABLE EN DOS AÑOS.</p>	<p>FINANCIEROS.</p> <p>1- FONDOS PARA EL PAGO DEL PERSONAL MEDICO DEL PROGRAMA: INICIACIONES A QUE INTERESAN</p> <p>2- FONDOS PARA EL PAGO DE FUEJOS PERSONAL MEDICO Y AUXILIAR A PARTIR DEL TERCER AÑO: IDSS</p> <p>3- FONDOS PARA EL PAGO DE PAGO DE OBRA SOCIALIZADA EXTRA PARA CONSTRUCCION: CEA</p> <p>4- VIATICOS Y LINDAS EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS: INSTITUCION A QUE PERTENECECA EL PERSONAL.</p> <p>ENFERMERA.</p> <p>1- PARA FASE DE ACCION PREVIA: PERSONAL TRABAJAR DE IDSS, CEA, STP Y ODC.</p> <p>2- FASE DE PLANIFICACION: IDSS</p> <p>3- FASE DE CONSCIENTIFICACION DE LA POBLACION OBJETO: PERSONAL INSTITUCIONES COORDINADORAS Y SOLICITARIAS.</p> <p>MATERIALES.</p> <p>1- MATERIALES DE CONTRATACION: CEA</p> <p>2- TERRENOS NECESARIOS: CEA.</p> <p>3- EQUIPOS DE CONSTRUCCION: CEA</p> <p>4- MUEBLES, EQUIPOS E INSTRUMENTALES MEDICOS: IDSS.</p> <p>5- EQUIPOS Y MATERIALES DE INMEDIOS PARA COMITES CNC Y FUNCIONAMIENTO: IDSS</p> <p>6- OTROS: IDSS</p> <p>CONFECCIONADO POR NELSON DIDIER N. REP. DOMINICANA</p>

(BREVADO EN SECCION 4-METAS)

RELACION DE LOS ANEXOS AL MODELO

- 1- LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LA REPUBLICA DOMINICANA. IDSS
- 2- RECLUTAMIENTO, SELECCION Y ADISTRAMIENTO DEL PERSONAL PARA UMR. IMSS.
- 3- CARACTERISTICAS DE LAS PRESTACIONES QUE OTORGA EL IMSS EN LOS DIFERENTES REGIMENES. IMSS
- 4- LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA. IMSS.COPLAMAR
- 5- PRINCIPIOS GENERALES A SEGUIR PARA LOGRAR QUE LOS ESFUERZOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD TENGAN EXITO. "Promotion of National Health Services". Provisional Agenda Item 2.6, 28th. Health Assembly, 18 April 1975.
- 6- ACREDITACION DE TRABAJO COMUNITARIO. IMSS.COPLAMAR
- 7- BASES JURIDICAS DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL, LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PROTECCION SOCIAL. IMSS.COPLAMAR
- 8- DECLARACION DE ALMA-ATA. CONFERENCIA OMS-UNICEF.- 1978
- 9- INFORMACION PARA LOS MEDICOS PASANTES ASPIRANTES A OCUPAR PLAZAS EN LAS UMR. IMSS.COPLAMAR
- 10- FOLLETO INFORMATIVO PARA MEDICOS ASPIRANTES A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA. IMSS.COPLAMAR.
- 11- PLANCS UMR. IMSS.COPLAMAR
- 12- PROCEDIMIENTO PARA CONTRATACION Y PAGO DE PERSONAL. IMSS.COPLAMAR
- 13- NORMAS BASICAS DE CONSERVACION DE UMR. IMSS.COPLAMAR.- 1979
- 14- CLINICA HOSPITAL DE CAMPO (CHC) DE TLACOLULA, OAXACA. IMSS.COPLAMAR
- 15- MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL-1. IMSS.COPLAMAR
- 16- ADMINISTRACION DE LAS UMR-5. IMSS.COPLAMAR
- 17- CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS-2. IMSS.COPLAMAR
- 18- ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL COMITE DE SALUD-16. IMSS.COPLAMAR
- 19- PROMOCION DE SALUD-14. IMSS.COPLAMAR
- 20- ALIMENTACION INFANTIL-10. IMSS.COPLAMAR
- 21- ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA-15. IMSS.COPLAMAR

(Continuación rel. anexos.)

- | | | |
|-----|---|------------------------|
| 22- | MODELO DE ROTAFOLIO BASICO DE INFORMACION-8 | IMSS.COPLAMAR |
| 23- | URGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS-7 | IMSS.COPLAMAR |
| 24- | PROCEDIMIENTO PARA TRASLADO Y CONTROL DE PACIENTES-4 | IMSS.COPLAMAR |
| 25- | MODELO MATEMATICO PARA UBICACION DE UMR E INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS - FOTOCOPIA. | IMSS.COPLAMAR |
| 26- | TRES CONCEPTOS DE ATENCION MEDICA - FORTALEZA DE SALUD; PESCA DE USUARIOS; Y, ACCION COMUNITARIA. (McDERBITT, OMS.) | McDERBITT, OMS. |
| 27- | CONVENIO IMSS.COPLAMAR PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MEDIO RURAL. | PALACIO NACIONAL 1979. |
| 28- | EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL CAMPO. | IMSS 1981 |
| 29- | CATALOGO DE INSTRUMENTAL PARA CHC. | IMSS.COPLAMAR |
| 30- | INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACION DEL INFORME MENSUAL DE LAS UMR. | IMSS.COPLAMAR |
| 31- | ACUERDOS CON DEPENDENCIAS Y TABLAS DE EQUIVALENCIAS. | IMSS.COPLAMAR |
| 32- | GUIA PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES DE PROMOCION DE TRABAJO COMUNITARIO. | IMSS.COPLAMAR |
| 33- | GUIA PARA EQUIPAMIENTO DE CHC. | IMSS.COPLAMAR |
| 34- | FORMULARIO | IMSS.COPLAMAR |
| 35- | PRIMERA REUNION ANUAL IMSS.COPLAMAR | IMSS.COPLAMAR |
| 36- | PERSPECTIVAS DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL MEXICO | IMSS. |

Informe sobre una Aplicación Teórica
de un Modelo de Planificación elab-
orado en el Curso de Protección
Social a la Población Rural..-

Presentan:

Srs - Benjamín Zamora
Mario Alcides Badilla

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

— Agosto 1981.

Contenido.

Introducción

- I - Análisis Situacional de la Población Rural en EL SALVADOR.
- II - Enunciado del problema.
- III - Conceptualización del Tipo de Sistema M.S.P.A.S., I.S.T.A., M.A.G., M.T.V.P.S. y el I.S.S.S.
- IV - Enunciación de los Programas de Protección Social a la Comunidad Rural.
- V - Justificación de los Programas.
- VI - Enunciado de Propósitos de los Programas.
- VII - Enunciado de Objetivos de los Programas.
- VIII - Descripción del Marco Legal y Financiamiento.
- IX - Descripción General del IN-PIIT.

El presente informe contiene la aplicación técnica de un modelo de planificación, por cuyo medio se intenta percibir, afrontar y resolver problemas de cualquier índole.

En este caso, se hizo la aplicación a una situación de tipo socio-económica en el medio rural de la República de El Salvador.

Es importante aclarar, que por motivos de no contar con toda la documentación fuente (estadísticas, estudios previos, etc.), se presentan datos inexactos y en otros casos se ha omitido cierta información; no obstante lo anterior, no se desmerita el esfuerzo realizado, que que fundamentalmente lo que interesa es aplicar una metodología que se adoptó en la República de México, para desarrollar el programa de solidaridad social por cooperación comunitaria.

I. ANALISIS SITUACIONAL DE LA POBLACION RURAL EN EL SALVADOR.

I.1 - Estadísticas.

En El Salvador, actualmente no se cuenta con datos precisos sobre los aspectos Socio-Económicos de la Población Rural. Al respecto, se han planteado dos posibles métodos alternativos, para poder determinar con fiabilidad los aspectos antes mencionados; estos métodos son los siguientes:

- a) Censo
- b) Muestreo

La decisión sobre el método a utilizar, estará en relación directa al costo que implique su aplicación (costos aún no calculados).

Para la obtención de los datos básicos Socio-Económicos, cualquiera que sea el método a utilizar, deberán participar en forma conjunta y coordinada las instituciones involucradas (M.S.P.A.S., I.S.T.A., I.S.S.S.).

I.2 - Organización de la Población.

El proceso de Reforma Agraria, que en la actualidad se consolida en su primera etapa, propicia el que la Población Rural, favorecida con dicha Reforma, tienda a optar por organizarse en Cooperativas; a la fecha existen 278 cooperativas legalizadas.

se constituye con personalidad jurídica. Estas son administradas por una Junta Directiva formada por socios de la misma electos previamente, estando con la supervisión y supervisión directa del Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria (I.S.T.A.).

I. 3 -

Valores de la Población Rural de El Salvador. Históricamente se ha demostrado, que la población del Medio Rural en general, se dedica por tradición a las actividades agropecuarias y se incorpora fácilmente a las de cualquier otro tipo, siempre que se les garantice por parte del Estado:

- Estabilidad en el trabajo.
- Salario Mínimo
- Justicia Social
- Garantías en la tenencia de los medios de producción.
- Garantía de precios justos en la producción.

En cuanto a la concepción científica (exacta) de los valores de la Población Rural, sería conveniente que desde el punto de vista Socio-Económico, se estructurase un plan de investigación, el cual sea implementado y desarrollado, con propósitos de entrar con el contexto Socio-Económico del Medio Rural y utilizarlo como punto de referencia, para la concepción, diseño, implementación e implantación de

programas de Protección Social a la Comunidad Rural.

I. 4 - Determinación de Demandas.

El proceso de Reforma Agraria surgió, en vista de la pésima explotación del campesino y su desprotección social, en las latifundios existentes hasta antes de dar inicio al proceso de Reforma; la necesidad de propiciarle al campesino un contexto de justicia social era general y evidente.

Aunque no existen estudios técnicos que demuestren cuáles son las demandas específicas (necesidades sentidas e expresadas) de la Población Rural; si ha podido constatar, por observación directa (visitas de campo), la imperiosa necesidad de contar con atención médica.

No obstante, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (M.S.P.A.S.) hace serios esfuerzos por asistir médicamente a la Población del Medio Rural, sin lograr satisfacer las demandas mínimas de seguridad social en dichas comunidades.

I. 5 - Priorización de Demandas (percepción del problema).

A continuación se enumeran las necesidades más urgentes de satisfacer. V:

PRIORIDAD

DESCRIPCIÓN

1 -

Atención Médica.
En lo sucesivo a Permiso,

Vacunación y Curación (tratamiento ambulatorio).

5

- 2 - Nutrición
- 3 - Asesoría para la ejecución eficiente de las actividades agropecuarias.
- 4 - Educación (Alfabetización)
- 5 - Placificación familiar
- 6 - Medio ambiente en los rubros de:
Agua
Vivienda

VI: El orden de presentación obedece a la prioridad (de 1 a 5).

II - ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

El problema se enuncia en términos escueto:

"Existe una marcada desprotección en lo referente a salud, educación, condiciones de trabajo, alimentación y vivienda en la población del medio rural".

Nota: Debe mencionarse, que existe determinado sector que trabaja en el medio rural, que ya está incorporado al Régimen del Seguro Social, pero únicamente aquellos que desempeñan labores industriales o administrativas (Ej. en haciendas, ingenios, fincas, haciendas, etc.), en que se pretende se sujete al Régimen de todos los trabajadores agropecuarios asociados en Cooperativas y que aparecen

de un sistema, tal como lo establece el Art. 5 de la Ley del Seguro Social.

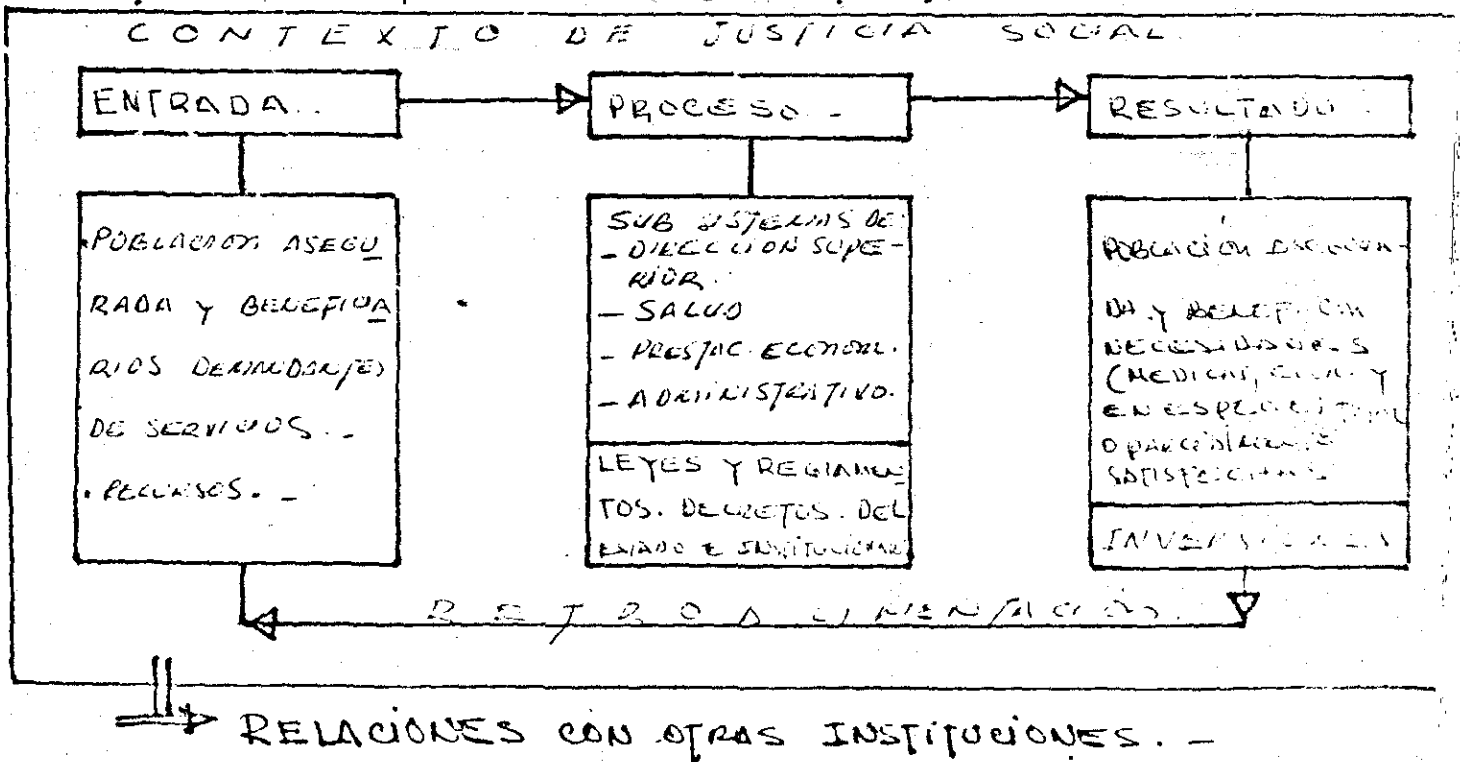
III- CONCEPTUALIZACION DEL TIPO DE SISTEMA. M.S.P.A.S., I.S.T.A., MAG, M.T.Y.P.S. Y EL "I.S.S.S. -

Se enuncian estas instituciones por ser las más directamente involucradas en el proceso de Reforma Agraria, y el ISSS, fundamentalmente, en lo relacionado a la Seguridad Social.

Por el hecho de tener un conocimiento más preciso del ISSS, se tomará como base para determinar la clase de sistema al que pertenece.

Continuación y en términos generales, plantea un esquema simplificado del ISSS como SISTEMA.

SISTEMA PROFESIONAL-ADMINISTRATIVO.



IV- ENUNCIADO DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL.

Nº de Programa
(Código de Identificación)

Descripción

- 1- Programa de atención médica y promoción de la salud por educación.
- 2- Programa de Nutrición.
- 3- Programa de asesoría técnica agropecuaria.
- 4- Programa educativo.
- 5- Programa de Planificación Familiar.
- 6- Programa Medio Ambiente.

V- JUSTIFICACION DE LOS PROGRAMAS EN TERMINOS DE :

- a) Significancia, es la suma de la importancia y pertinencia.
- b) Trascendencia, se refiere al impacto producido en la población.
- c) Viabilidad, es la aceptación por parte de la Comunidad.

Programa	SIGNIFICANCIA	TRASCENDENCIA	VIABILIDAD
<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>	<p>La población rural es el mayor, constituye más del 50% de la población total y sustenta la base de la economía del país; razón por la cual, es de vital importancia dar protección social a dicha población.</p> <p>Por otra parte, los programas a desarrollar, se adecúan a la realidad nacional, es decir, que son factibles dentro del contexto económico y político del país.</p>	<p>Los programas son trascendentes, puesto que responden a demandas urgentes y previenen las necesidades futuras del medio rural.</p>	<p>Programas socialmente necesarios por la población rural, basados en la demanda de las comunidades (necesidades básicas) de la población.</p> <p>Y dado que existe ya un control de la tierra, en el proceso de Reforma Agraria, existe típicamente la posibilidad de extender la protección social a la comunidad rural, lo cual, desde luego, se extenderá a la población para que se incorpore más activa y eficientemente a las labores agropecuarias.</p>

VI. ENUNCIADO DE PROPOSITOS

VII ENUNCIADO DE OBJETIVOS.

NÚMERO DE GRUPO	ENUNCIADO DE PROPOSITOS.	ENUNCIADO DE OBJETIVOS.
1	<ul style="list-style-type: none"> DISMINUIR LA MORTALIDAD EN LA POBLACION DEL MEDIO RURAL. PROMOCIONAR LOS ASPECTOS BASICOS-GENERALES DE LA MEDICINA PREVENTIVA. 	<ul style="list-style-type: none"> OBTENER AL FINAL DE 5 AÑOS UN MEJOR ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION DEL MEDIO RURAL EN EL SALVADOR, A TRAVES DE LA PROMOCION, PREVENCIÓN Y PROTECCION DE LA SALUD. NOTA: LA BASE PARA PODER HACER UNA EVALUACION LO CONSTITUYE LA DISPONIBILIDAD DE ESTADISTICAS ACTUALIZADAS Y CONFIABLES.
2	<ul style="list-style-type: none"> MEJORAR EL ASPECTO NUTRACIONAL EN EL SECTOR RURAL. (PROGRAMA RELACIONADO CON LOS PROGRAMAS COD. 1 Y 3) 	<ul style="list-style-type: none"> DISMINUIR EN UN 80% LOS NIVELES DE DESNUTRICION DE LA POBLACION DEL MEDIO RURAL EN EL SALVADOR, EN UN PERIODO DE 5 AÑOS, A TRAVES DE LA ENSEÑANZA EN LA SELECCION DE ALIMENTOS, COCINADO, APROVECHAMIENTO OPTIMO DE LOS VEGETALES DISPONIBLES. (EN GENERAL EDUCACION ALIMENTARIA)
3	<ul style="list-style-type: none"> MEJORAR LOS RIEGOS O SUSTITUIR POR OTROS, LOS APARATOS UTILIZADOS EN LAS ACTIVIDADES AGROPASTORILES - 	<ul style="list-style-type: none"> PREVENIR EN UN 50% LA PERDIDA DE LA REPRODUCCION ANIMAL DEPECUARIA DEL MEDIO RURAL EN EL SALVADOR, EN UN LAPSO DE 5 AÑOS DE 2 AÑOS; A TRAVES DE LA ASESORIA TECNICA EN CUERPOS AGROPASTORILES. PREVENIR EN EL MEDIO RURAL EN UN 50% UN CONTACTO DE AGRO-SALVADORENSES EN UN PERIODO DE 10 AÑOS.

160
E
GRAMA

Enunciado de Propósitos.

Enunciado de Objetivos.

4

- Elevar el nivel de alfabetización en la Población del Medio Rural

Disminuir en un 50% y en un período de 3 años las cifras de analfabetismo actuales, del Medio Rural en EL SALVADOR. Desarrollando campañas de alfabetización masivas y apertura de nuevas escuelas.

5

- Controlar la actual explosión demográfica.

Reducir en un 15% y en un período de 10 años, el crecimiento de la Población del Medio Rural de EL SALVADOR, a través de una educación integral sobre Planificación Familiar.

6

- Mejoramiento del Medio Ambiente (en los factores más influyentes) coordinando esfuerzos técnicos y comunitarios.

Disminuir en un 100% y en un período no mayor a los 3 años, las fuentes de los procesos infecto-contagiosos, en el Medio Rural de EL SALVADOR, a través de campañas masivas de limpieza, educación y asesoría técnica.

VIII. - Descripción del marco legal y financiamiento de la probable expansión del Régimen del Seguro Social al proceso de Reforma Agraria.

- A) De conformidad con el inciso 1.º del Art. 3 de la Ley del Seguro Social, "el Régimen del Seguro Social es obligatorio y se aplica a todos los trabajadores que dependan de un patrono, sea cual fuere el tipo de relación laboral que los vincule y la forma en que se haya establecido la remuneración". Esta norma secundaria, al ser desarrollada en el "Reglamento Básico" encuentra una excepción en el Art. 2, que en lo pertinente dice: "El Régimen del Seguro Social no será aplicable e) A los trabajadores agrícolas". En decir, que los trabajadores del campo, en el actual estado de desarrollo del Régimen no se encuentran cubiertos por él.
- B) Según el inciso 2.º del Art. 30 de la Ley del Seguro Social, ciertos grupos de trabajadores (los que no tengan patrono), cuando se encuentren asociados en Cooperativas de Producción, ésta sea considerada como el patrono. O sea, que mediante esta disposición se está regulando la sujeción especial al Régimen de un contingente laboral.
- C) Mediante Decreto Ejecutivo N.º 92 del 21 de diciembre de 1978, publicado en el D. O. N.º 238 de la misma fecha, se incorporó al Régimen a los Empleados Públicos, estableciéndose una forma gradual para el goce de las prestaciones, que a la fecha refleja una activa incorporación de los servidores al Estado de las zonas Oriental y Occidental del país.
- Con la vigencia del Decreto N.º 153 publicado en el D. O. N.º 5 de marzo de 1980, mediante el cual se da la Ley Básica de la Reforma Agraria, las propiedades agrícolas corporativas en los límites

de la afectación pasan de la posesión privada a la posesión pública a través del ISTA.

Sin embargo, la misma ley establece que cuando el ISTA adquiere el dominio de los inmuebles y demás bienes afectados, iniciará una administración provisional de los mismos hasta que se efectúe la enajenación de las tierras adquiridas a favor de los campesinos.

Sabemos que esa enajenación procede cuando los campesinos se organizan en Cooperativas.

El fenómeno que nos interesa, es el nuevo Régimen al que se sujetan las heredades afectadas, o sea que de ser partes del sector público, vuelven al sector privado. En este momento, existen propiedades que continúan bajo la administración provisional del ISTA y las que han pasado a manos de los campesinos organizados. La relación de esta problemática con el Régimen del Seguro Social, la examinamos en dos sentidos: 1) Del pago de las cotizaciones de los trabajadores afiliados, antes de que se iniciara el presente, y 2) la extensión del Régimen a un nuevo contingente laboral - el trabajador agrícola - dentro del marco jurídico relacionado en las letras A, B y C, por la modificación de su status, a partir del presente.

Possible soluciones.
En cuanto al pago de las cotizaciones obrero-patronales de los trabajadores que con anterioridad estaban sujetos al Régimen, el criterio aplicable es el de la sustitución patrimonial, entendido como tal, la obligación del ISTA de efectuar los correspondientes pagos por aquellas propiedades que provisionalmente administra, actuando mediante ficción jurídica como patrono y prescindiendo agente de retención de las cuotas de los trabajadores.

El pago de sus cuotas patronales, se fundamenta en la misma ficción jurídica de asumir la responsabilidad patrimonial; y no puede

por de otra manera, ya que asimilados al Régimen del sector público, implicaría marginar a los trabajadores que laboran en los departamentos de la zona central, por no estar cubiertos éstos aún por el Régimen.

En segundo término, cuando los inmuebles afectivos se asignen a los trabajadores organizados en Cooperativas, al retornar al Régimen del sector privado, la sustitución patronal opera en el sentido directo que señala la ley, y es el que asume la naturaleza de patrono.

Con relación a la extensión del Régimen del Seguro Social hacia el nuevo contingente laboral que representan los trabajadores agrícolas cooperados, en nuestro país se han hecho estudios sobre el Seguro Campesino, elaborándose un proyecto piloto para el departamento de Sonora. Sin embargo hasta la fecha, no se ha concretado nada al respecto.

Por ello es necesario que dentro del marco de las transformaciones sociales que se impulsan en el Agro, se dé este primer paso, hacia la integral protección de Seguridad Social a ese sector tradicionalmente marginado de nuestra sociedad.

Como es obvio, cualquier avance implica cambios en la estructura jurídica, por lo que consideramos que lo que determinar que dentro del marco jurídico definido en las letras A, B y C, se dan las condiciones legales suficientes para introducir reformas en la ley en los reglamentos del Seguro Social, y poder a la vez efectuar esta incorporación.

Los supuestos jurídicos de las normas citadas se cumplen, pues estamos ante el caso de trabajadores asociados en Cooperativas de Producción a un mal-

se les considerará p^{er}sonas. Y por otro lado, en el marco de los
trabajadores al servicio del Estado, ya incorporados al Régimen,
pero que en este segundo caso, habrá que atender el criterio geo-
gráfico de la extensión, mediante el cual, solo estarán
suscritos aquellos trabajadores agrícolas ocupados
bajo la jurisdicción del ISTA, que laboren en los de-
partamentos de la zona oriental y occidental del país, en el
Régimen especial que implica solo prestaciones en
salud, ya que por las pensiones se cotiza al INPEP.
De tal manera, que si se adoptara esta posición, habría que
instruir a los interesados sobre el pago de las respectivas
cotizaciones, determinando precisamente la fecha desde
la cual deberá o debió comenzar a enterar al ISSS. Ta-
les cantidades, para lo cual puede tomarse varias alter-
nativas, entre ellas:

a) Desde la fecha en que la Cooperativa tomó posesión del
inmueble. En cuyo caso habría que definir si solo
se cobra la cotización en mora, exonerando al pago
de la multa al patrono, o si se cobrarán también las multas
aunque cabe la posibilidad de exigir únicamente el pago
de cotización por los riesgos diferidos, pues por otros
riesgos futuros las que se van a cubrir, dejándose de
cobrar las cotizaciones por salud, ya que al ser prestaciones
inmediatas y al no haber hecho uso de ellas, tal hecho podrá
compensarse con el no pago por las mismas.

b) Estipular una fecha futura a partir de la cual conti-
nará en vigencia la incorporación, implicando al mismo
tiempo el pago de las respectivas cotizaciones y el
goce de las prestaciones que se obtengan.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO TÉCNICO DE LA PLANIFICACIÓN.

Todo programa está integrado por:

- IN-PUT
- PROCESO
- RESULTADO

ACENTUACIÓN SE DESCRIBE A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES ANTES MENCIONADOS. -

IX. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL IN-PUT (INSURIOS).

1. REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (CON PROPOSITOS DE REUBICACIÓN) √

"EXISTE UNA MARCADA DESPROTECCION EN LO REFERENTE A SALUD, EDUCACION, CONDICIONES DE TRABAJO, BUENENTENIDA Y VIVIENDA"

2. INTEGRACION DE GRUPOS DE TRABAJO

3. ESTUDIO DE RECURSOS ACTUALMENTE DISPONIBLES, PARA SU APROVECHAMIENTO EN LA FORMULACION, DESARROLLO, IMPLEMENTACION E IMPLANTACION DE PROGRAMAS.

3.1. RECURSOS INSTITUCIONALES

- RECURSOS TECNICOS
- RECURSOS HUMANOS
- RECURSOS FINANCIEROS
- RECURSOS GENERALES.

3.2 - RECURSOS COMUNICADOS (O DE LA POLÍTICA) DEL MEDIO RURAL)

- MANO DE OBRA

- INFRAESTRUCTURA (DEBE CUANTIFICARSE Y VALORARSE).

- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO.

EN TÉRMINOS GENERALES LOS QUE DISEÑAN, IMPLEMENTAN E IMPLANTAN, PARA EJECUTAR LOS PROGRAMAS, LOS SIGUIENTES ASPECTOS.

1. UNA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL INTEGRADA QUE ADMINISTRE GLOBALMENTE LOS PROGRAMAS, CON PROPÓSITO DE QUE SE ADOPTÉ LA EJECUCIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS.

2. IMPLEMENTACIÓN (1ª FASE)

EN ESTA ETAPA INTERESAN PRINCIPALMENTE LOS COSTOS / PROGRAMAS.

3. DETERMINACIÓN Y/O ESTUDIO PAÍS COMPARE CON INDICADORES Y/O NORMAS.

3.1. Indicadores INTERNACIONALMENTE ACEPTADOS.

3.2. Indicadores de la región.

Algunos indicadores y/o normas:

- INDICADORES DE EDUCACIÓN.
- FRECUENCIA DE CONSULTA DEL CAMPESINO ALIC.
- PROMEDIO DURACIÓN DE CONSULTA.
- NORMAS DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA.
- NORMAS MUSEOLÓGICAS.
- NORMAS DE PLANIFICACIÓN.

4- ESTUDIO DE FACIBILIDAD.

5- USO DE PROCEDIMIENTOS POR PROGRAMAS
ESPECIFICACION DE MANUALES DE OPERACION
Y FUNDAMENTOS, REVISION, ADECUACIONES,
PRUEBA PILOTO.

6- DIRECCION, SUPERVISION Y CONTROL.

6.1- DIRECCION. Funcion asignada, para
PODER HACER EJECUTAR LAS ACTIVIDADES
POR PROGRAMAS, A TRAVES DEL PERSONAL
TECNICO, OPERATIVO Y AUXILIARES.
LA ACCION DE LA DIRECCION SE EJERCE
DURANTE TODO EL PROCESO.

6.2- SUPERVISION Y CONTROL. Funcion
asignada a un grupo de trabajo operativo.
SE REQUIERE:

- ESTRUCTURAR LOS PROGRAMAS DE
SUPERVISION Y CONTROL.
- ESTRUCTURAR UN CATALOGO DE AJUSTES.
- flujo de Informacion.

DESCRIPCION GENERAL DE LA EVALUACION

Tipos de evaluación:

a. EVALUACION DEL RESULTADO

a.1 - EVALUACION A CORTO PLAZO

a.2 - " " MEDIANO O LARGO PLAZO

b. EVALUACION DEL PROCESO.

Algunos aspectos a evaluar:

- 1- DELTA DE MORBI-MORTALIDAD
- 2- DELTA DE PRODUCCION AGRICOLA
- 3- GRADO DE SATISFACCION DE LA COMUNIDAD.
- 4- DELTA DE NIVELES DE ALFABETISMO Y/O ANalfabetismo.

REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL PROCESO
DE PLANIFICACION PARA EL DESARROLLO,
IMPLEMENTACION, IMPLANTACION Y EVALUACION DE
PROGRAMAS.-

REPLANTEAMIENTO DEL PLAN - ALIENIA -

DETERMINACION DE PROGRAMAS A DESARROLLAR

PROCESO TECNICO DE PLANIFICACION, IMPLEMENTACION, IMPLANTACION Y EVALUACION DE PROGRAMAS..

INTEGRACION DEL GRUPO COORDINADOR.
PLACEMIENTOS

FORMULACION DE POLITICAS Y NORMAS GENERALES DE TRABAJO POR PROGRAMA.

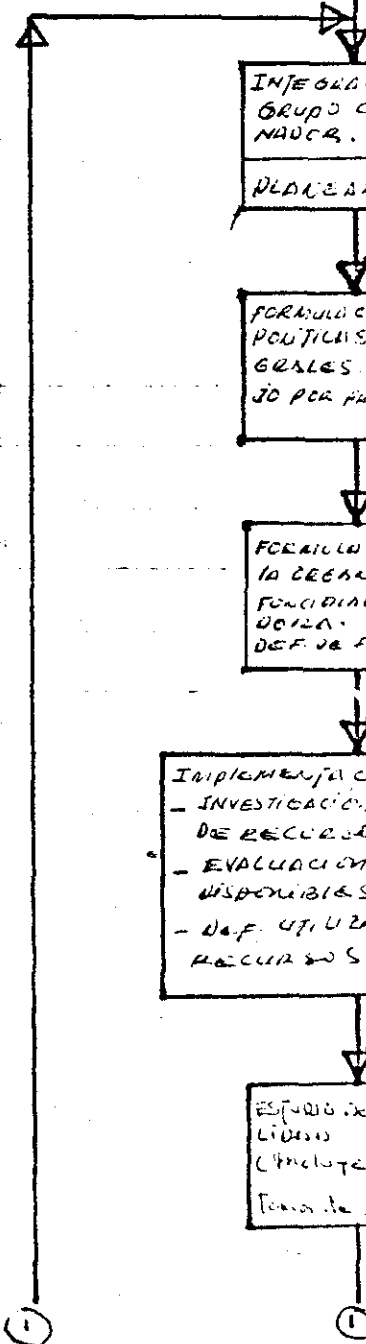
FORMULACION DE LA ORGANIZACION FUNCIONAL SEGUN OBLIGACIONES DE FUNCIONES.

IMPLEMENTACION (1ª FASE)
- INVESTIGACION DISPONIBILIDAD DE RECURSOS -
- EVALUACION DE RECURSOS DISPONIBLES.
- DEF. UTILIZACION DE RECURSOS.

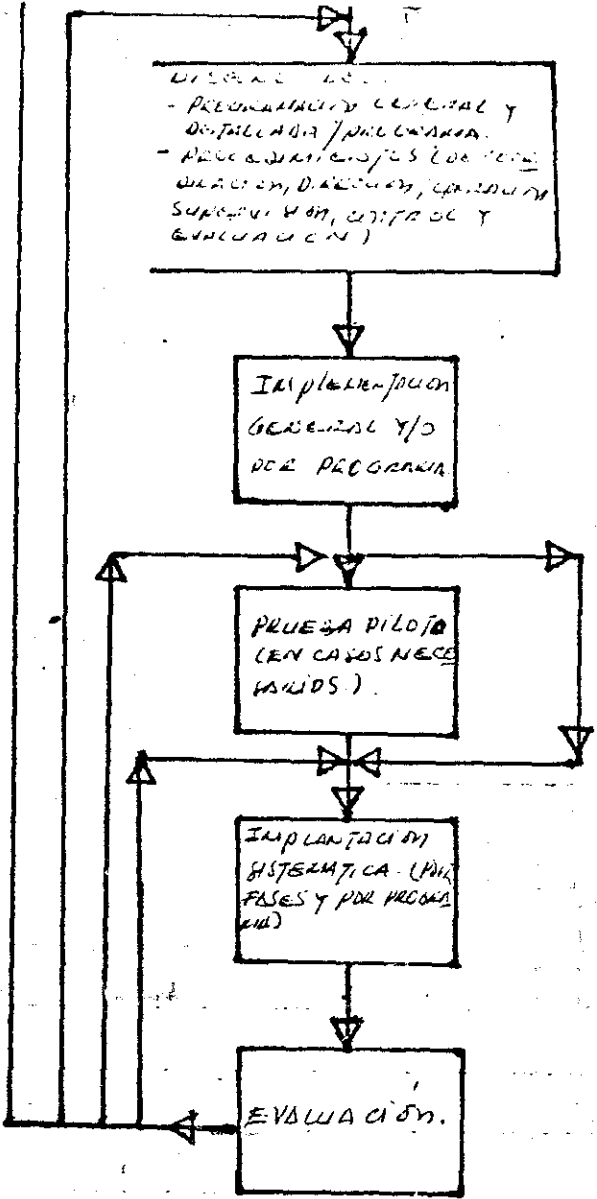
ESTUDIO DE FACTORES LIDERS (Proyecto # Director)
Temas de estudio

I
N
S
U
M
O
P
O
R
O
C

S
U
P
Y
C



O
N
T



E
S
O

E
V
A
L

CURSO :

" PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL "

PROGRAMA:

" INCORPORACION DE ASISTENCIA MEDICA PRIMARIA
Y DESARROLLO DE LA VIVIENDA A LA POBLACION

"XICAQUE " DE LA MONTANA DE LA FLOR, --

DEPARTAMENTO FRANCISCO MORAZAN, HONDURAS.C.A.

PARTICIPANTES:

A.- PAS. ECON. JOSE GILBERTO RIVERA M.

B.- P.M.C.P. ANDRES AVELINO MEDINA

REPUBLICA :

HONDURAS. C. A.

A.-

F. 

3-9-81

B.- F. 

3-9-81

PROYECTO - PROGRAMA PARA IMPLANTAR ASISTENCIA MEDICA PRIMARIA Y DESARROLLAR LA VIVIENDA MINIMA-BASICA EN LA MONTAÑA DE LA FLOR, FRANCISCO MORAZAN. HONDURAS.
GRUPO ETNICO - " LOS XICAQUES."

BREVE DESCRIPCION DE HONDURAS:

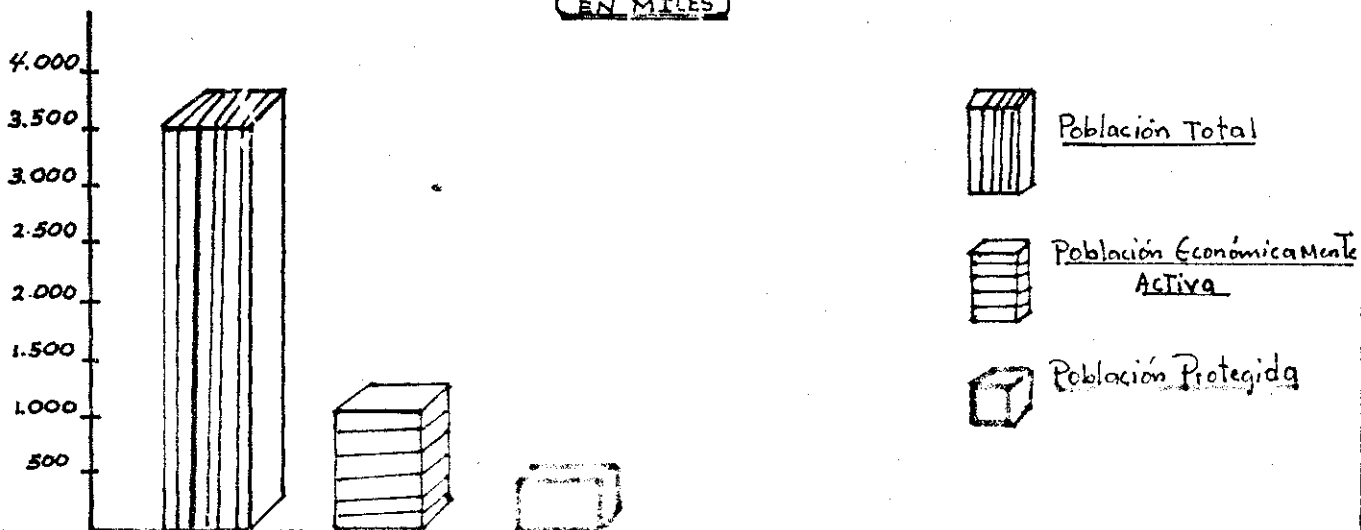
Honduras fue descubierta en 1502 por Cristobal Colón en su cuarto y último viaje, tomando posesión en nombre del Rey de España, extrayendo de nuestro país las riquezas existentes, ya sea minerales, arqueológicas, naturales, etc., lo cual demuestra la explotación de que hemos sido objeto.

Honduras logró su Independencia el 15 de septiembre de 1821, en su historia fue una larga serie de revoluciones y guerras.- Honduras está situada entre Guatemala, El Salvador y Nicaragua y además bañada por dos océanos al Norte el Atlántico al Sur el Pacífico.

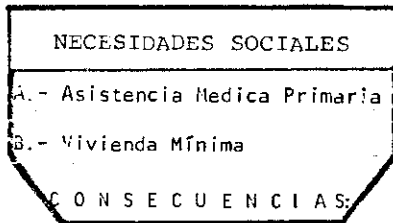
Honduras es un país eminentemente agrícola, contando con una población aproximada de 3.5 millones de habitantes (1980), distribuidos en 112,088 Km² y dividido en 18 departamentos.

Honduras al ser descubierto se encontraba en condiciones primitivas (época Precolombina) entrando al etapa Colombina con este hecho y que a través de un proceso histórico-social-económico-político (modos de producción) se han generado transformaciones en los diferentes aspectos, excluyendo algunos grupos etnicos que no han alcanzado el mínimo desarrollo y refiriendonos específicamente a la población " XICAQUE" ubicada en la Montaña de la Flor, Departamento de Francisco Morazán, Honduras, C.A., quienes viven en situaciones infrahumanas, problema que nos aqueja y nos conlleva a la elaboración del siguiente programa:

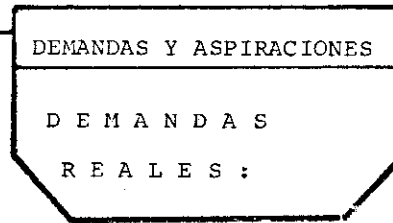
HONDURAS. C.A.
REJIMENES DE PREVISION SOCIAL
Población Total Económicamente Activa
PROTEGIDA
(EN MILES)



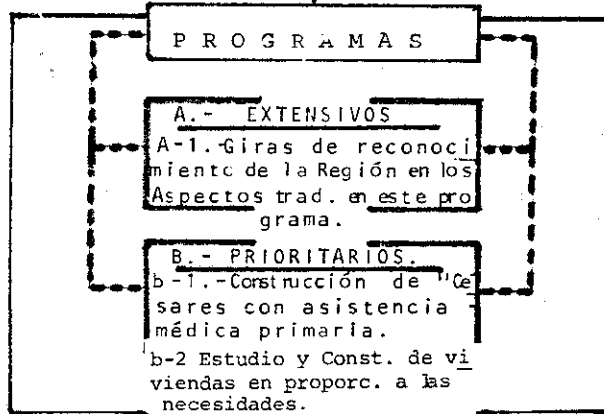
NECESIDADES , DEMANDAS y PROGRAMAS



- A1.-Alto Índice de Mortalidad
- A2.-Alto Índice de Morbilidad
- A3.-Enfermedades Infecto Contagiosas
- B1.-Viven en Condiciones Inhumanas.
- B11.-Inexistencia de la Organización Habitacional
- B11i.-Expropiación de sus Propiedades (Derecho Util)



- A.- La Pronta Implantación en la Región de una Red de Asistencia Médica Primaria a nivel " César ".
- B.- Que el Gobierno Central Identifique Los Problemas Inherentes a la situación habitacional existente en la región para la inmediata solución, con la creación de un programa de una vivienda mínima y sus estructuras.



COMPONENTES

- I.- Estructurales (Elaborar Organización Interna de los Elementos humanos del Programa)
- II.- Funcionales
 - * Movilización Periódica de la Región
 - * Fijar Areas de Responsabilidades
 - *Hacer Investigaciones veraces y exactas para - Toma de decisiones para la Exactitud de los Beneficios, de acuerdo a:
 - Iniciativas personales de convencimiento
 - Ejecutar acciones con precisión cognoscitiva
 - Tratar de eliminar los obstáculos con técnicas inteligentes.
 - Fijarse metas sin escatimar tiempo y costo
 - Cumplir con las funciones asignadas.
- III.- Objetivos operacionales
 - * Promover la participación efectiva de los integrantes del programa para el logro de las metas fijadas, en concordancia con la comunidad .
- IV.-Objetivos Educativos
 - A través de los líderes de la Comunidad orga nize a nivel comunal, para lograr un soporte del Programa, Organizando Comites de vigilancia, para que la población acepte la intervención en un 100%.
- V.- Coordinación con I.H.S.S., Hospital Escuela, y acción Cívica-Médico Militar para el sostenimiento del objetivo General.
- VI.-Financiamiento Tripartita:
 - 30% Depto. Asuntos Civiles de la F.F.A.A.
 - 30% Ministerio de Salud y Asistencia Soc.
 - 40% Gobierno Central
 - Costo aproximado del programa L.2.000,000
- VII.-Nivel de Atención Médica " Primaria".

2. FASE SECUNDARIA.

INSUMOS

PROBLEMA	FACTORES GENETICOS	FACTORES CULTURALES	LEGISLACION
<p>A.-Nutrición deficiente y mal equilibrada</p> <p>B.-Morbilidad elevada por enfermedades comunes e infecto-cont. y parasitarias</p> <p>C.-Pérdida del 50% de embarazos.</p> <p>-----0-----</p> <p>I.- Insatisfactorias condiciones de saneamiento e higiene.</p> <p>II.-Viviendas (Chozas)</p>	<p>A.-Población estimada 2000 personas (dispersa)</p> <p>B.-65% formada hombres</p> <p>C.-30% formada mujeres</p> <p>D.-5% formada por niños</p> <p>E.-Su altura normal es de 1.53mts.</p> <p>F.-Con testura fuerte</p> <p>G.-Alimentación deficiente, carente de valores nutricios.</p>	<p>- Religión: Católica</p> <p>- Costumbres arraigadas y ancestrales</p> <p>- Práctica de medicina tradicional</p> <p>-90% analfabetos</p> <p>-10% restante son bilingüistas (castellano y dialecto)</p> <p>- Se reconocen líderes naturales</p>	<p>Leyes Constitucionales:</p> <p>- Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económ. de subsistencia en caso de incapacidad para trab.u obtener trabajo retribuido.</p> <p>- La ley regula los alcances, extensión y funcionamiento de S.S</p>

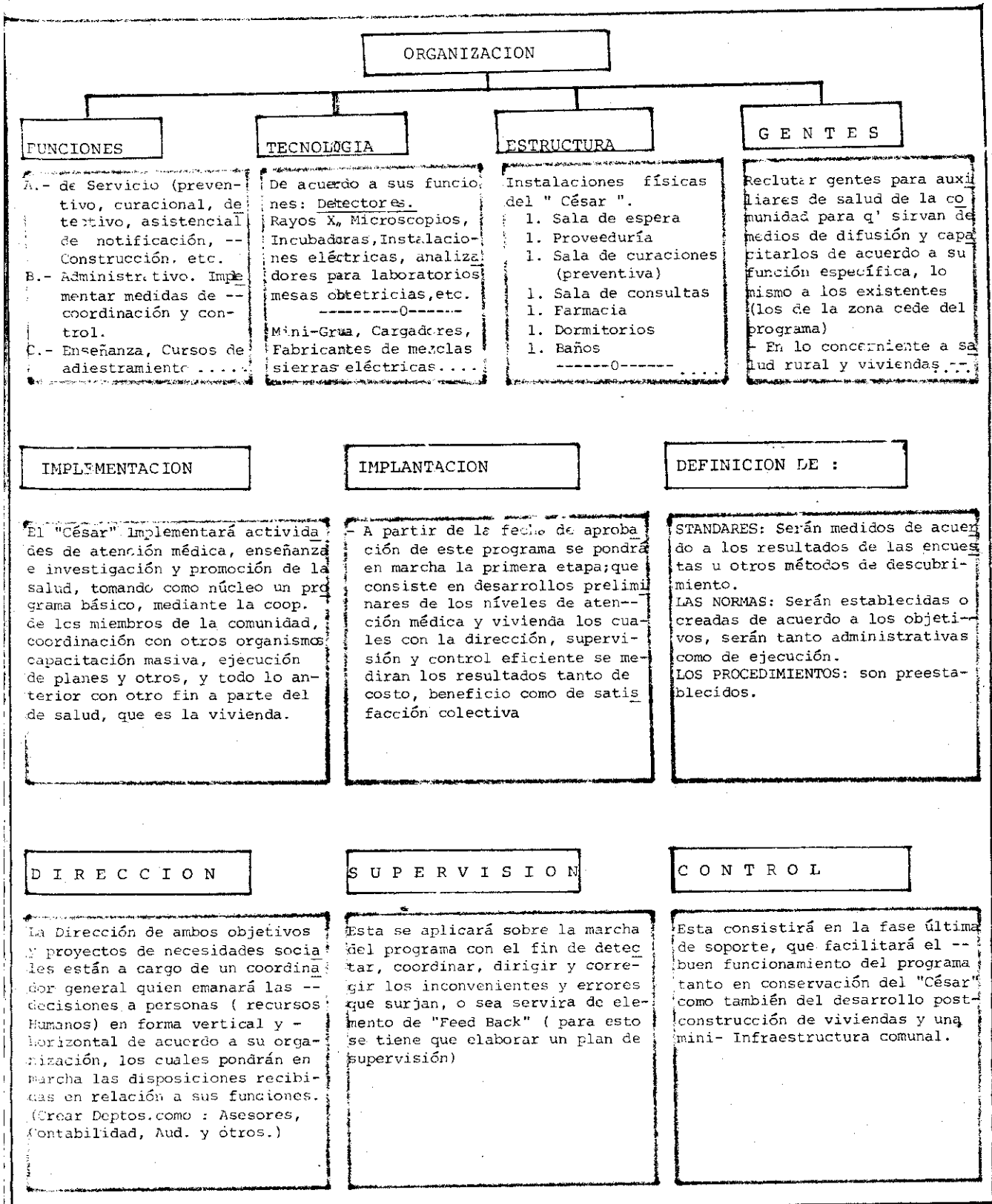
RECURSOS

MATERIALES	TECNICOS	HUMANOS	ECONOMICOS
<p>Medicamentos primarios</p> <p>Equipo necesario indiv. del medio y extraordinario de clínica.</p> <p>Equipo odontológico</p> <p>-----0-----</p> <p>Madera curada 100,000 F³</p> <p>500 bolsas de cemento</p> <p>5000 láminas de asbesto</p>	<p>Equipo de Rayos "X"</p> <p>Detector de Tuberculosis</p> <p>Equipo de laboratorio</p> <p>-----0-----</p> <p>Sierras eléctricas</p> <p>Convertidora de cemento preparado</p> <p>Tractores y retroexcavadoras</p>	<p>I.-2 Pasantes de Medicina.</p> <p>II.-1 Pasante odontólogo.</p> <p>III.- 2 Enferm. (aux. y graduada).</p> <p>IV.-1 técnico en Radiología.</p> <p>-----0-----</p> <p>A.-1.-Maestro constructor.</p> <p>B.-12 Albañiles</p> <p>C.-12 carpinteros</p> <p>D.-3 Fontaneros</p> <p>E.-Conductores de trac-</p>	<p>- El capital de Trabajo para el inicio de este prog. polivalente (salud vivienda) es de L2.000.000 para su primera etapa que se cubrirá en 1982.</p> <p>- Fuentes de inyección futura de sostenimiento "TRIPARTITA"</p>

PLANEACION

PROPOSITOS	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<p>- Disminuir la frecuencia de enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias</p> <p>- Disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad</p> <p>-----0-----</p> <p>- Mejoramiento de la vivienda</p> <p>- Identificar los líderes para Acción comunitaria de conservación (Clínicas y viviendas)</p>	<p>Integrar el desarrollo de los servicios de salud en la comunidad "xicagua" que consiste en establecer un sistema de asistencia Médica primaria regionalizado, que funcione en un alto grado de eficacia y de rendimiento</p> <p>-----0-----</p> <p>Alcanzar un desarrollo a la vivienda de la población "xicaque" mediante construcciones de casas de madera, con la ayuda del personal comunitario en un lapso de 1 año.</p>	<p>1.- Evaluar el perfil de salud de la población</p> <p>2.- Como inicio. Difundir un programa de motivación y concientización y educación para la salud.</p> <p>3.- Reclutamiento de personal comunitario para formar los Comites de Salud.</p> <p>-----0-----</p> <p>1.- Levantar encuestas de estratos habitacional.</p> <p>2.- Evacuar por etapas los problemas (vivienda).</p>

PROCESO



ANEXOS: FASE TERCIA

DE LA ORGANIZACION

FUNCIONES

TECNOLOGIA

ESTRUCTURA

GENTES

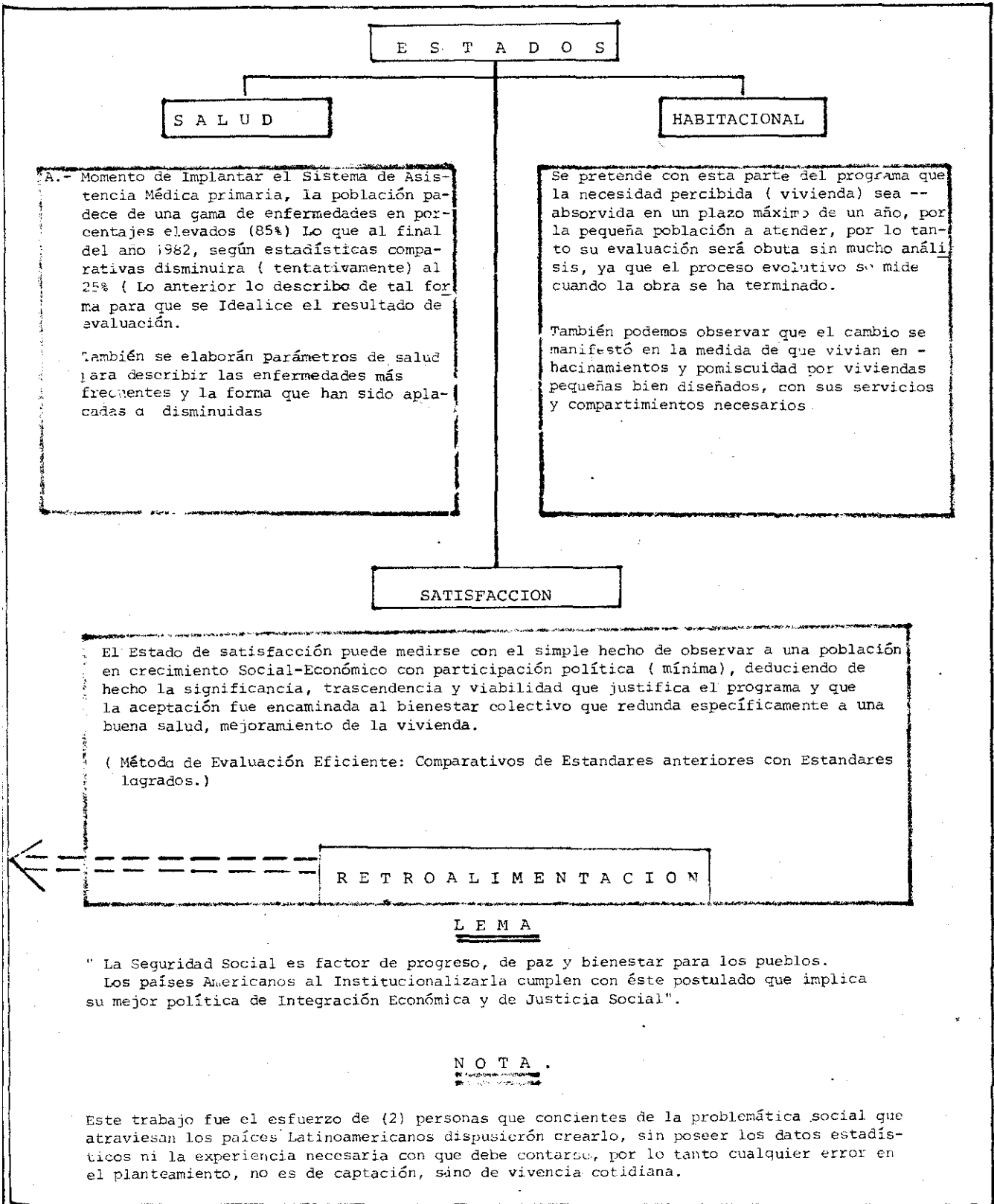
C.... Al personal comunitario, sobre aceptación y conservación de obras.

D.- Investigación . La desempeñan los promotores cateadores, etc.

..... Demoladoras, patroles, etc.

Instalaciones Transitorias de peones o técnicos en construcción (componentes transitorios)

... mínimas (conservación)



PROYECTO OPERATIVO SOBRE PROTECCION SOCIAL RURAL:

N I C A R A G U A

CURSO: PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL.

C I E S S

RUTH LACAYO BLANCO.

TERESITA HERNANDEZ CEBALLOS.

PROGRAMA DE PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL

Introducción

1) Condiciones económicas del país

Las condiciones económicas a que se enfrenta el Gobierno de Reconstrucción Nacional en la República de Nicaragua, son críticas, dado que, debido a los largos años de Dictadura Somocista y a la Guerra de Liberación, los principales sectores económicos quedaron total o parcialmente destruidos.

Después del triunfo insurreccional, el Gobierno ha debido implementar un Plan de Reactivación Económica del país en 1980 y un Plan Económico para 1981, donde se contempla un programa de austeridad y eficiencia para la mejor utilización de los recursos nacionales existentes. Estos planes se enfrentan a la problemática de unificar un desarrollo económico desigual, ya que el país tradicionalmente ha estado dividido en dos: la zona del Pacífico, más densamente poblada, más desarrollada económicamente, con más facilidades de bienes y servicios y la Costa Atlántica, con una baja densidad y gran dispersión de la población, donde las compañías extranjeras sustrajeron por largos años sus riquezas madereras y mineras, sin ningún beneficio para el desarrollo de la zona.

Nicaragua es un país eminentemente agrícola, donde los cultivos de algodón, caña de azúcar, café y la producción ganadera, son los rubros económicos más importantes. La mayor parte de la población económica del país se dedica a las labores agropecuarias concentrándose en el Pacífico (León y Chinandega) y el norte del país (Jinotega y Matagalpa) los lugares más desarrollados en este sentido. Por lo contrario en la Costa Atlántica no hay grandes empresas agrícolas sino pequeñas parcelas de autosub

sistencia explotadas por comunidades indígenas de Sumos, Ramas y Misquitos, quedando grandes extensiones de tierra virgen por abrir al cultivo.

Las grandes empresas algodoneras están situadas en el Noroeste del país en la zona del Pacífico, donde el clima es sumamente cálido. En cambio, las haciendas cafetaleras se encuentran en la zona templada de los Departamentos de Carazo, Jinotega y Matagalpa. La explotación de la caña de azúcar se da en Chinangega y Rivas, mientras que el cultivo de los granos básicos ha sido replegado al centro del país, principalmente en el Departamento de Masaya. Por otro lado, la producción ganadera se concentra en los Departamentos de Boaco, Chontales y Rivas.

Debido a estas diferentes tipos de explotación agropecuaria existe gran variedad de población campesina que va desde los trabajadores estacionales del café y el algodón hasta los pequeños y medianos productores de granos básicos, algodón, café y ganado. De ahí que exista gran dificultad para instalar servicios eficientes para que puedan abarcar tanto a la población originaria como a la migratoria.

Con el Triunfo de la Revolución Popular Sandinista, todos los bienes de Somoza y sus allegados pasaron a poder del Pueblo. También se han nacionalizado propiedades de empresas transnacionales como las minas de: Bonanza, Rosita y Siuna. Estos bienes pasaron a constituir el Área de Propiedad del Pueblo (APP) que comprende todos los sectores económicos como: Industrias, Banca, Comercio y Agricultura, cuyas ganancias se invierten ahora en beneficio de las grandes masas populares. Por ejemplo, 1, 170, 000 manzanas de tierras (810,000 manzanas aptas para el cultivo y 360,000 de montañas y tierras de poca utilidad agrícola), 600 tractores, 28 aviones fumigadores y 198,000 cabezas de ganado, son ahora admi-

nistradas por el Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA), incluyendo a las empresas Agroindustriales como son los ingenios azucareros, arroceras, tabacaleras y beneficios de café.

2) Intentos para brindar prestaciones sociales a los campesinos

Ya desde antes del Triunfo de la Revolución Popular Sandinista se tenía la intención de brindarle seguridad social a la población campesina. Sin embargo, los únicos intentos que fructificaron fueron la implantación de la seguridad social para los trabajadores del ingenio San Antonio, que es el mayor ingenio del país con una cantidad de 5,000 trabajadores en la actualidad que viven en las inmediaciones de la empresa y las prestaciones sociales que se brindan en la zona ganadera-lechera de Tipitapa, que comprende 37 fincas lecheras con un total de 1,650 trabajadores afiliados al mes de mayo del presente año.

Los proyectos de extensión de la seguridad social rural en los Departamentos de León y Chinandega quedaron en papeles, como tantos otros proyectos de la administración somocista.

3) Creación del Sistema Nacional Único de Salud

Con el triunfo revolucionario del 19 de julio de 1979 se dió un paso muy importante al decretar el 3 de agosto del mismo año, la creación del Sistema Nacional Único de Salud, por medio del cual se integran todos los servicios de salud en un sistema nacional único para lograr que la medicina cumpla una función social mayor al no discriminar a nadie en la atención médica.

De esta manera, todas las instalaciones de salud pasaron a formar parte del Ministerio de Salud, quedándole al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social la tarea de recaudar la cotización de los trabajadores

asegurados, enterando a dicho Ministerio el 60% de las cotizaciones que corresponde al 9% de la cuota técnica actuarial. El 40% restante lo ocupa el INSS para cubrir las prestaciones económicas de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales.

El INSS, a raíz del triunfo de la Revolución, se encontró con la pobre cifra de 122,597 cotizantes. Para diciembre de 1980 contaba ya con 173,953 cotizantes, lo que implica una población beneficiaria de 106,833 habitantes, dando un total de 280,836 habitantes de población protegida. Con esto observamos que hubo un incremento del 41.89% en sólo año y medio de Revolución. Sin embargo, esto constituye un mínimo de la población total del país, ya que ésta es de 2,703,147 habitantes.

Además el INSS sólo se encuentra en las siguientes poblaciones:

Lugar	Población Protegida	Población Cotizante
Managua	187,036	111,230
Tipitapa	2,670	1,631
San Rafael del Sur	511	393
León	11,093	8,913
Chinandega	8,517	6,542
Chichigalpa	5,164	5,159
Corinto	5,649	4,655
Bonanza	3,056	1,145
Rosita Minas	2,295	933
Siuna	<u>1,197</u>	<u>784</u>
TOTAL	280,836	173,953

Fuente: Memoria del INSS. Año y Medio de Revolución, INSS, 1981, pág.38.

De esta manera, el INSS se enfrenta a la doble problemática de extender su radio de acción, ya sea, extendiéndose geográficamente a otros centros urbanos o creando nuevos regímenes para cubrir a la población rural.

Ya que la población nicaragüense es eminentemente agrícola y siendo las masas campesinas las que menos se han beneficiado de la riqueza por ellas creadas, es de fundamental preocupación atender a este grupo poblacional, por lo que actualmente se ha establecido un convenio entre el INSS, el Ministerio de Desarrollo Agropecuario y el Ministerio de Salud, para extender la seguridad social y brindar asistencia en salud a los trabajadores de los centros de producción azucareros, arroceros y tabacaleros que pertenecen al Area de Propiedad del Pueblo.

Para esto se están construyendo las instalaciones de salud necesarias en lugares previamente seleccionados para brindar los servicios básicos de salud integrando las acciones preventivas ambientales y ocupacionales con las curativas. La primera etapa favorecerá a 7,000 trabajadores y a una población de 30,000 habitantes de las zonas aledañas.

Este proyecto está siendo financiado por el INSS utilizando las reservas técnicas de seguridad social para construir las instalaciones de atención médica que pasarán posteriormente a ser administradas por el Ministerio de Salud, una vez estén terminadas.

Queda sin embargo, la problemática de cómo brindar atención al resto de la población campesina tan necesitada de servicios. Qué tipo de campesinos hay que atender prioritariamente, qué lugares, qué prestaciones, según sus necesidades, cuál será la forma de financiamiento, etc.

Situación actual de salud en el Departamento de Matagalpa

El Departamento de Matagalpa está situado al norte del país, goza de un clima templado apropiado para el cultivo del café. Cuenta con una población aproximada de 240,000 habitantes, que se dedican en su gran mayoría a las labores agrícolas. Siendo el cultivo del café un proceso de explotación estacional, existe un gran flujo de población migratoria, lo que aumenta las dificultades para que puedan organizarse en programas para su propio beneficio. Las principales concentraciones urbanas son la capital, Matagalpa y los municipios de San Isidro, Esquipulas, Terrabona y MUY Muy.

En cuanto a los servicios de salud existentes cuenta solamente con tres hospitales (dos generales y uno para pacientes tuberculosos) situados en la ciudad de Matagalpa.

La zona rural se encuentra prácticamente desprotegida salvo algunas unidades médicas instaladas por el Ministerio de Desarrollo Agropecuario en las empresas Area de Propiedad del Pueblo y algunos Centros y Puestos de Salud, que pertenecen al Ministerio de Salud. A nivel nacional se cuenta con un total de 1,200 médicos, dando una relación de un médico por cada 2,000 habitantes. Si tomamos en cuenta que la gran mayoría de médicos se encuentra en la ciudad de Managua, la situación en la zona rural se vuelve crítica, aunque existen curanderos que de alguna manera cubren las demandas de atención médica.

Los núcleos de asentamiento de la población campesina se encuentran dispersos por todo el Departamento dificultando la prestación de servicios. El 88% de las viviendas rurales carecen de servicios sanitarios,

por ende, los servicios de alcantarillado son bastante limitados, lo que ocasiona que la salud ambiental sea sumamente precaria. La dieta de la población es pobre en grasas y proteínas y excesiva en hidratos de carbono, por lo que más del 60% padece de desnutrición.

Las enfermedades infecto contagiosas son las más frecuentes. La gastroenteritis, el paludismo, sarampión, tétano, inciden sobre todo en la población infantil causando un alto grado de mortalidad.

Los trabajadores de las empresas del Area de Propiedad del Pueblo no escapan a las condiciones de vida características de la población campesina en general. Aunque existe un servicio de unidades médicas móviles, su acción es limitada quedando sin cubrir la mayoría de los trabajadores, que sufren de las enfermedades propias del área.

Por lo tanto, se puede observar a simple vista que, dadas las condiciones socio-económicas de la población rural en el Departamento de Matagalpa, uno de los principales problemas es la alta tasa de morbilidad y mortalidad de la población en las empresas del Area de Propiedad del Pueblo.

Hipótesis

1) Instalando los servicios adecuados de salud, disminuirá significativamente, el alto porcentaje de morbilidad y mortalidad que aqueja a la población trabajadora del Area de Propiedad del Pueblo y sus familias.

2) Mejorando las condiciones de trabajo de la población agrícola, disminuirán las enfermedades y accidentes de trabajo

3) Implementando programas preventivos de salud, se logrará que los trabajadores del Area de Propiedad del Pueblo gocen de mejor salud.

4) Cubriendo las contingencias de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales, la población campesina estará mejor protegida.

Justificación

Implementar estos programas es de suma importancia, ya que la población misma lo está demandando. El no satisfacer éstas ocasionaría un gran descontento popular.

Los resultados de estos programas se observarán en estas empresas y sus alrededores a un plazo no menor de cinco años.

No dudamos de la aceptación de estos programas, ya que la misma población lo está exigiendo.

La implementación de los programas es técnicamente posible, si cada Institución y los trabajadores organizados cumplen con sus respectivas aportaciones tanto económicas como materiales y humanas.

OBJETIVO:

Proteger socialmente a un 80% de los trabajadores de las empresas agrícolas del Area de Propiedad del Pueblo y sus familias en el Departamento de Matagalpa en un periodo de cinco años.

tema	Propósito	Objetivo General	VARIABLES Institucionales	Objetivos Específicos
<p>ta de</p> <p>cios de</p> <p>ción mé</p> <p>ta mor-</p> <p>dad y</p> <p>alidad</p> <p>rencia</p> <p>strinas</p> <p>ta dis-</p> <p>ción de</p> <p>ta</p> <p>ta de</p> <p>potable</p> <p>ta inci-</p> <p>a de</p> <p>medades</p> <p>stóló<i>ái</i></p>	<p>Disminuir la</p> <p>Tasa de mor-</p> <p>bilidad y mor</p> <p>talidad entre</p> <p>los trabajado</p> <p>res y susfami</p> <p>lias de las</p> <p>empresas agrí</p> <p>colas del Área</p> <p>dePropiedad</p> <p>del Pueblo en</p> <p>el Depto. de</p> <p>Matagalpa</p>	<p>El INSS brinda</p> <p>rá seguridad</p> <p>social a la po</p> <p>blación campe</p> <p>sina de las em</p> <p>presas agríco</p> <p>las del APP en</p> <p>el Depto. de</p> <p>Matagalpa pa</p> <p>ra mejorar el</p> <p>nivel de vida</p> <p>de dicha pobla</p> <p>ción en un pe</p> <p>riodo de cinco</p> <p>años.</p>	<p>1)Ministerio de</p> <p>Salud</p> <p>2) Inst. Nic.</p> <p>de Seg. Social</p> <p>3)Ministerio de</p> <p>Desarrollo</p> <p>Agropecuario</p> <p>4)Ministerio de</p> <p>Finanzas</p> <p>5) Ministerio de</p> <p>la Construcción</p> <p>de Matagalpa</p> <p>6)Junta de Re-</p> <p>construcción</p> <p>de Matagalpa</p> <p>7)Asociación de</p> <p>Trabajadores del</p> <p>Campo</p> <p>8)Comités de</p> <p>Defensa Sandinis</p> <p>ta</p> <p>9)Asociación de</p> <p>Mujeres Luisa</p> <p>Amanda Espinoza</p>	<p>Proporcionar atención médica</p> <p>tanto preventiva como curat</p> <p>va a la población campesina</p> <p>Dar seguridad social ante las con</p> <p>tingencias de enfermedad, mater</p> <p>nidad, IVM-RP en dicha población</p> <p>campesina</p> <p>Mejorar las condiciones de tra</p> <p>bajo de los grabajadores agríco</p> <p>las del APP para disminuir los</p> <p>riesgos profesionales</p> <p>Proporcionar el financiamiento</p> <p>necesario para construir los</p> <p>centros de atención médica.</p> <p>Construir los centros y puestos</p> <p>de salud necesarios para atender</p> <p>a la población</p> <p>Mejorar los servicios de agua po</p> <p>table, electricidad, recolección</p> <p>de basura, construcción de letri</p> <p>nas, saneamiento ambiental de las</p> <p>comunidades campesinas.</p> <p>Promover la organización de las</p> <p>masas campesinas para que ejer</p> <p>zan una participación activa en</p> <p>la solución de sus problemas.</p> <p>Coordinar labores con MINSA y J.</p> <p>Rec. de Matagalpa para ejecutar</p> <p>programas de saneamiento e hi</p> <p>giene ambiental en las diferentes</p> <p>localidades.</p> <p>Coordinarse con MINSA y J.R. de</p> <p>Matagalpa en los programas de</p> <p>atención materno-infantil, nutri</p> <p>cionales y de higiene y cuidados</p> <p>de la familia.</p>

Acciones

Recursos

1a. etapa

2a. etapa

Acciones	Recursos	1a. etapa	2a. etapa
	Financieros:		
Elaborar un estudio sobre las prioridades de atención en salud dentro del Departamento, según necesidades sentidas, reales, profesionales-administrativas y estratégicas de la zona (con la participación población campesina organizada)	Aporte gubernamental aporte de Organismos Internacionales Aporte de los Ministerios Aporte de la comunidad	6 meses	
Planificar el sistema de salud que se plantará en la zona de trabajo	Humanos: Personal especializado técnico y administrativo (investigadores sociales, promotores, personal médico y paramédico, trabajadores sociales, administradores, contadores, arquitectos, etc.)	1 año	
Luchar y capacitar al personal médico y paramédico adecuado según las necesidades del lugar donde ejercerán labor	Participación de la comunidad a través de sus organizaciones de masas (ATC, CDS, AMNLAE).	2 años	2 años
Coordinar esfuerzos con el MICON para llevar a cabo la edificación o reparación de las instalaciones de correspondientes	Materiales: Equipo adecuado para la ejecución de cada una de las diferentes acciones a implementar		caja trimestre
Hacer andar los diferentes programas de salud en las instalaciones creadas.	Coordinación constante a lo largo de los años de construcción de los centros		
Supervisar dichos programas			
Coordinarse con el MINSA para la construcción de las instalaciones de salud en la zona.			
Efectuar un estudio de las presiones y del régimen de cotización que se implementaría en la población mencionada, según sus necesidades sentidas, reales, prof.-adm. estratégicas conjuntamente con la población campesina organizada		2 años	
Efectuar un estudio sobre el funcionamiento administrativo de los centros afiliados		2 años	
Capacitar y capacitar al personal administrativo necesario según el plan anterior		1½ años	
Capacitar y capacitar al personal administrativo necesario según el plan anterior			

Acciones	Recursos	1a. etapa	2a. etapa
<p>dir a los trabajadores de las zonas agrícolas del APP en el <u>régimen</u> del seguro social</p>			6 meses
<p>Enviar al Minsa el porcentaje de la técnica actuarial que resulte conveniente según el estudio previo para iniciar el servicio de atención <u>médica</u> en los trabajadores asegurados</p>			En el momento en que empiecen a funcionar los centros
<p>Realizar un estudio sobre las condiciones físicas y de trabajo en las que se encuentran sus trabajadores</p>		2 años	
<p>Mejorar las condiciones de trabajo proporcionándoles tanto la capacitación necesaria como la infraestructura, herramientas y equipo de protección necesarios para el desempeño de sus labores.</p>		labor permanente	
<p>Realizar la supervisión del cumplimiento de las medidas de protección adoptadas coordinándose con los servicios correspondientes</p>			Cada trimestre
<p>Asignar la partida presupuestaria necesaria para llevar a cabo la construcción de los centros de atención <u>médica</u> según las necesidades detectadas</p>			6 meses
<p>Elaborar los planos de construcción de las instalaciones de salud según las necesidades detectadas</p>		1 año	
<p>Realizar a cabo la construcción de las instalaciones</p>		2 años	
<p>Matagalpa:</p>			
<p>Coordinarse con los Ministerios correspondientes para compaginar las acciones prioritarias de atención en <u>salud</u> en las zonas prioritarias según el Ministerio</p>			6 meses
<p>Realizar los servicios de las comunidades una vez éstas hayan sido organizadas</p>		labor permanente	

Acciones	Recursos	1a. etapa	2a. etapa
Organizar a los grupos campesinos que tomen conciencia de los problemas que los están afectando			labor permanente
Participar activamente en la toma de decisiones sobre los problemas y temas que se atacarán a corto, mediano y largo plazo.			labor permanente
Organizar a los habitantes de las comunidades cuadra por cuadra, para llevar a cabo las acciones propuestas por cada uno de los Ministerios			labor permanente
Promover la organización de las comunidades de la comunidad para que tomen parte activa en las acciones propuestas por cada uno de los Ministerios			Labor permanente

Ruth Lacayo Blanco

Teresita Hernández Ceballos

México, D. F. a 30 de agosto de 1991

CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS
DE
SEGURIDAD SOCIAL

MEXICO, SAN JERONIMO LIDICE, 1981

CURSO DE
PROTECCION SOCIAL
POBLACION RURAL

DEL 10 DE AGOSTO
AL 4 DE SEPTIEMBRE DE 1981.

PARTICIPANTES

- 1.- JORGE ARMANDO VAZQUEZ CORTEZ
- 2.- ENRIQUE SERRA ROJAS BELTRI
- 3.- JAVIER MARIEL HERRERA
- 4.- HUGO MARTINEZ Y RODRIGUEZ
- 5.- ARGIMIRO CORTEZ ESTEBAN
- 6.- ESTHER ALVAREZ MESTRES
- 7.- PAULINO PEDRO OLIVA RAMIREZ
- 8.- GENEROSA F. DE BERUMEN
- 9.- CONSUELO CHACON VALDEZ
- 10.- VICTOR M. SERRALDE JIMENEZ
- 11.- JOSE A. ALVAREZ DESDIER

PROBLEMA

LA MAGNITUD VARIABLE LINGUISTA EN LAS COMUNIDADES INDIGENAS
COMO UN FRENO AL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCION
SOCIAL.

EXPOSICION

MATERIAL DE ANALISIS.

DURANTE LA ENSEÑANZA DEL CURSO REFERIDO, SE PUSIERON DE MANIFIESTO LOS HECHOS REALES ENFRENTADOS EN UN SOLO CAMPO DE PROBLEMA ^{2/}. DE UNA PARTE, LA MAGNITUD VARIABLE LINGUISTA, QUE SE CONFRONTA CON LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCION SOCIAL EN EL MEDIO RURAL, Y EN PARTICULAR ^{3/}, CON LOS PROGRAMAS DE LA COORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS DE PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA -COPLAMAR ^{4/} -, Y EN LA OTRA PARTE; LOS BENEFICIOS DE ESTOS PROGRAMAS ANTE UN OBSTACULO QUE PRESUPONE FRENAR SU AVANCE: LA FALTA DE OPERADORES BILINGUES CAPACES DE COMUNICAR ADECUADA, VERAZ Y OPORTUNAMENTE, LA FILOSOFIA Y METAS DE LOS PORMENORES DE LA PROTECCION SOCIAL, A LOS SUJETOS INVOLUCRADOS EN EL ESTADO DE INSATISFACCION DE ESTA NECESIDAD ^{5/}.

ENFOQUE

TEORICO.

CONDUCCION DEL FENOMENO DE LA MAGNITUD VARIABLE LINGUISTA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS, COMO FUNCION DEL FRENO QUE LES IMPIDE PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA ENCAMINADAS Y CONCENTRADAS EN EL MEDIO RURAL.

OPERATIVO.

ESTABLECER LAS PRIORIDADES DE ATENCION.

ANALISIS DEL PROBLEMA

AL PROPONERSE LOS MATERIALES DE DISCUSION CAPTADOS EN EL -
DESARROLLO EL CURSO, Y LOS DATOS UTILES QUE SE COLECTARON
POSTERIORMENTE; SE ADVIRTIO QUE NO SE CONTABA CON UN REGIS-
TRO QUE MARCASE PRIORIDADES DE ATENCION EN LAS COMUNIDADES
INDIGENAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO, POR LO QUE FUE NECESA--
RIO PROPONER UN LISTADO QUE SE FORME DURANTE LA FASE OPERA-
TIVA DE LA PLANEACION.

LOS DATOS ACADEMICOS MOSTRARON LOS SIGUIENTES PUNTOS: -
PRIMERO.- LA EXISTENCIA DE UN TRATO DIFERENCIAL A ESTE TI-
PO DE COMUNIDADES. SEGUNDO.- UNA TRAYECTORIA DEFINIDA EN
EL PROCESO HISTORICO CON CARACTER DE MARGINADOS. TERCERO.-
QUE SE DEFINEN "PER SE" ^{6/} (SIC)

" ... ETNIAS O UNIDADES ETNICAS, SON UN GRUPO DE -
MAGNITUD VARIABLE LINGUISTA Y CULTURALMENTE, CON -
UNA CONSCIENCIA DETERMINADA DE SU EXISTENCIA, MAS -
PRECISAMENTE CON UN SENTIDO DE IDENTIDAD..."

AL DESCOMPONERSE ESTA DEFINICION PARA SU ESTUDIO; SE ENCON-
TRO QUE, INDICA UNA CIERTA CANTIDAD DE LENGUAS Y DIALECTOS
ENTRELAZADOS CON EL FENOMENO CULTURAL, LO CUAL, HA FUNDADO
UNA CONCEPCION DEL MUNDO SUI-GENERIS APLICADA A SU FORMA DE
VIDA Y QUE; DETERMINA UNA CONSCIENCIA SOCIAL INCONGRUENTE -
CON EL AVANCE DEL PAIS, PERO QUE HA FIJADO TAMBIEN; LA NECE-
SIDAD DE IMPLICARSE EN LA CATEGORIA LOGICA DE IDENTIDAD, -
BASE DE LAS RELACIONES COMPARATIVAS QUE INDUCEN A CAMBIAR -
LOS VALORES SOCIO-CULTURALES POR EL PROPIO CASO DEL RELATI-
VISMO PLURAL DE LAS ETNIAS, HACIA UNA OPOSICION ENTRE ELLAS,

QUE LAS DIVERSIFICA, E INCLUSIVE, PROVOCA EL CONFLICTO -
LINGUISTICO DEL QUE UNICAMENTE SE PUEDA ESPERAR UNA DEGE-
NERACION ANTOGONICA DE SU PUREZA, Y POR TANTO EN LA MEJOR
DE LAS SITUACIONES HABRA DE HACERSE CUALQUIER ESFUERZO -
UTIL PARA RESCATAR ESOS VALORES SOCIO-CULTURALES.

ASIMISMO, SE OBSERVA EN LA DEFINICION LA CARENCIA DE OBJE-
TIVOS, NO OBSTANTE DE CONOCERSE HISTORICAMENTE ^{9/} QUE EN
AQUELLOS HORIZONTES DEL HOMBRE ANTIGUO, SE ADQUIRIERON UN
CONJUNTO CONSIDERABLE DE CONOCIMIENTOS ASTRONOMICOS, GEO-
GRAFICOS, AGRICOLAS, ETC.... ETC..., LOS CUALES A LA LUZ
DEL PENSAMIENTO CONTEMPORANEO, NO PODIAN ESTAR PRIVADOS -
DE FINES NI OBJETIVOS, PUES DE OTRA MANERA NO SERIA POSI-
BLE EXPLICARSE LA CONSTRUCCION, VERBIGRACIA, DE LOS -
TOLNAPOHUALLI, O LA CONTINUIDAD DEFINITIVA, ARTISTICA Y -
RELIGIOSA DEL ESTILO OLMECA TRIDIMENSIONAL ^{10/}. MAS, EN
DEFECTO DEL SILENCIO, AFORTUNADAMENTE LAS PALABRAS DE UN
REPRESENTANTE INDIGENA, DESCUBRE LA OBSCURIDAD EN QUE LES
HAN SUMIDO LOS QUE PIENSAN POR ELLOS Y LOS DETRACTAN PARA
SEGUIRLOS USANDO CON FINES AVIESOS DE ESTUDIO COMO DE LA-
BORATORIO, O DE CONCENTRACION GEOPOLITICA.

" ... SI A NOSOTROS SE NOS APOYA, SE NOS TOMA EN -
CUENTA, SE NOS CONSULTA, EN ESA MISMA MEDIDA APOYA-
REMOS A LAS INSTITUCIONES, PARA QUE LOS PROGRAMAS -
HACIA EL MEDIO INDIGENA QUE TIENEN ENCOMENDADOS, SE
DESARROLLEN MAS AMPLIAMENTE..." Y " ... LOS OBJE-
TIVOS DEL CONSEJO NACIONAL DE PUEBLOS INDIGENAS SON -
DOS BASICAMENTE: ORGANIZAR A TODOS LOS GRUPOS ETNI-
COS DEL PAIS, QUE HASTA HACE POCO HAN ESTADO DISPER-
SOS, Y QUE AHORA SE ENFRENTAN A LOS PROBLEMAS DE UN

CRECIMIENTO SOCIAL Y ECONOMICO DEL CUAL NO PARTICIPAN
COMO ES JUSTO QUE LO HAGAN* PROMOVER Y APOYAR ACCIO-
NES DEL ESTADO ENCAMINADAS A SUPERAR ESA SITUACION,
PARA QUE SE CUMPLAN EN SU TOTALIDAD..." 11/

LA VOZ, PROVENIENTE DESDE SU ORGANIZACION QUE BUSCA OTRAS -
LINEAS, HA COMUNICADO VIRTUD AL CONOCIMIENTO DEL IDIOMA OFI-
CIAL, OBJETIVOS, SUFICIENTES PARA MODIFICAR LAS IDEAS TRADI-
CIONALES DE QUIENES LOS CONSIDERAN FUERA DE LOS FINES DE -
PROGRESO EN EL PAIS. EXPLICANDOSE ADEMAS, UN VIVO DESEO DE
PARTICIPAR ACTIVAMENTE COMO UN SOLO HOMBRE NACIONAL, APOYAN-
DO LAS ACCIONES DE LOS ORGANOS Y ORGANISMOS QUE CONCURREN -
CON ACCIONES DE TRABAJO CONCENTRADAS EN EL AMBITO RURAL.

DE ESTA MANERA, EL RETO ADMINISTRATIVO PARA EFECTO DE APO--
YARLOS Y CONSULTARLOS, SE DEBERA DESPRENDER DE UN ORDEN AN-
TICIPADO QUE PERMITA ENCONTRAR LAS ALTERNATIVAS ADECUADAS -
DE COMUNICACION QUE FACILITE LA IMPLEMENTACION DE LOS PRO--
GRAMAS COPLAMAR, Y ROMPA CON LOS OBSTACULOS DE SU DESARRO--
LLO.

EN ESTE SENTIDO, LO PRIMERO EN EXAMINARSE DEBIDO A LA EXPE-
RIENCIA DE CAMPO ENTRE LOS PARTICIPANTES, HA SIDO EL TRABA-
JO COMUNITARIO ORGANIZADO CONJUNTAMENTE CON LAS COMUNIDADES
INDIGENAS, Y QUE SIENDO LA FUERZA MOTRIZ DE LOS PROGRAMAS -
COPLAMAR, ES SIMIL DE CONSTANTES DE LA TRADICION MEXICANA,
POR EJEMPLO; LA GUELAGUETZA, QUE SE SIGNIFICA EN INTERCAM--
BIOS IGUALITARIOS EN LA COMUNIDAD, O EL TEQUIO; QUE ES UN -
OTORGAMIENTO DE TRABAJO EN BENEFICIO COMUNAL SIN PERCIBIR -
REMUNERACION; LA AYUDA MUTUA; MANO VUELTA; ETC., QUE COMO -

* EL SUBRAYADO ES DE LOS PARTICIPANTES.

FORMAS DE COOPERACION COMUNITARIA, AHORA SE INTERPENETREN POR MEDIO DE LA SOLIDARIDAD NACIONAL AL ESTABLECERSE EL TRABAJO COMUNITARIO, MEDIO EFICIENTE QUE PUEDA ROMPER CON LOS MODELOS DE CAMBIO Y DESARROLLO AJENOS A LA IDEOSINCRACIA MEXICANA, DEJANDOSE QUE PAULATINAMENTE LAS COMUNIDADES INDIGENAS LO COORDINEN, ORGANICEN, EJECUTEN Y SUPERVISEN - DESDE LA BASE, ASESORANDOLES Y CONSULTANDO CON LOS REPRESENTANTES DEL CONSEJO DE LOS PUEBLOS INDIGENAS, A TRAVES DE LOS COMITES DE SALUD, COMPUESTO POR LOS ORIGINALES DEL LUGAR QUE CORRESPONDA, HASTA CREAR TODA LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS NECESARIOS QUE CONLLEVA LA LA SOLIDARIDAD NACIONAL. ^{12/}

POR ESTOS MOTIVOS, SE HUBO DE ANALIZAR UNA VARIEDAD DE OBSTACULOS QUE INCIDEN CON FUERZA EN EL MARGINALISMO ^{13/}, TRATANDOSE LOS SIGUIENTES:

PERTENECER AL GRAN SECTOR DE LOS QUE NO TIENEN PARTICIPACION EN EL DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL Y CULTURAL. ESTAR LIGADOS AL COLONIALISMO INTERNO. ESTAR EN EL DOMINIO Y EXPLOTACION DE UNOS GRUPOS CULTURALES POR OTROS. ANALFABETISMO. LA MAGNITUD VARIABLE LINGUISTA Y CULTURAL. TENER CASI TODOS LOS ATRIBUTOS DE LA SOCIEDAD COLONIAL. CON RELACIONES DESFAVORABLES EN EL CREDITO Y COMERCIO. DISPERSION. AISLAMIENTO DE LOS CENTROS DE MERCADO. MONOCULTIVO. DESPOJOS DE TIERRAS. SALARIOS DIFERENCIALES PARA TRABAJOS IGUALES. TIERRAS DE BAJA CALIDAD. CARENCIA DE TECNOLOGIA MODERNA. BAJO NIVEL DE PRODUCTIVIDAD. CARENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS. ALCOHOLISMO. AGRESIVIDAD DE UNAS COMUNIDADES CON OTRAS. CULTURA MAGICO-RELIGIOSA. MANIPULACION ECONOMICA Y POLITICA. NO SER SUJETOS POLITICOS NI EN LA INFORMACION NI EN LA CONSCIENCIA, NI EN LA ORGANIZACION NI EN LA

ACCION. PRETENSO ESTABLECIMIENTO DE DOS TIPOS DE AUTORIDADES. DISGUSTO A TRATAR SUS ASUNTOS CON LAS AUTORIDADES MUNICIPALES. MARGINADOS AL VOTO, SER VICTIMAS DE ACTOS DE CARIDAD SOCIAL Y NO DE JUSTICIA SOCIAL Y DESARROLLO.

AL ESTIMARSE LA SIGNIFICANCIA DE ESE MARCO SE DIFERENCIARON LOS QUE ATANEN A LOS PROGRAMAS COPLAMAR, PUDIENDOSE - CORRELACIONAR ENTONCES LAS VENTAJAS DE SUS APOYOS QUE COADYUVAN A EVITAR ESOS OBSTACULOS ^{14/}. CONOCIENDOSE LA MAGNITUD DE LA VARIABLE LINGUISTICA COMO UNO DE LOS PROBLEMAS QUE DEBEN ATACARSE PRIORITARIAMENTE Y QUE SERA UN MEDIO PARA PROMOVER EL ABATIMIENTO DE LOS DEMAS.

POSTERIORMENTE, CON UN MEJOR PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SE ANALIZO EL EJE DE LA COMUNICACION, EMISOR- SENAL- RECEPTOR, PONIENDOSE EN CLARO QUE LOS CENTROS EMISORES, PROMUEVEN Y DISTRIBUYEN UNA VASTA INFORMACION QUE SE PUEDE CONSIDERAR DESDE LOS DIARIOS Y PERIODICOS OFICIALES, TELEVISION, RADIO, PUBLICACIONES PERIODISTICAS, FOLLETOS, REVISTAS, HASTA VOLANTES. CON RESPECTO A LA SENAL DEL MENSAJE ESTA HA SIDO - TRANSMITIDA DE FORMA GENERICA, EN EL IDIOMA NACIONAL, CLARA Y SIN TRATO DIFERENCIAL. EN LA PARTE RECEPTORA, TOMANDO EN CUENTA SOLAMENTE A LAS COMUNIDADES INDIGENAS CON EL PROBLEMA DE LA MAGNITUD VARIABLE LINGUISTICA Y CULTURAL, SE TIENE - LA DESVENTAJA DE PROPORCIONARLES INFORMACION EN UN SENTIDO, VERBAL Y SIN PREGUNTAS, LO QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA - DISTORSION DE LOS CONTENIDOS, O AUN, EN EL MEJOR DE LOS CASOS, RECIBIR LA INFORMACION EN DOS SENTIDOS, VERBAL Y CON - PREGUNTAS, CON LO QUE DISMINUYE EL ERROR, PERO EN LA QUE - TAMBIEN PERMANECE LA DISTORSION. DE ESTO QUE AL EXAMINARSE LOS MEDIOS DE COMUNICACION Y DE PROMOCION IMPORTANTES PARA

EL DESARROLLO EN LAS COMUNIDADES, SE HAYA SELECCIONADO EL GUINOL, TEATRO DE TITERES, QUE GUARDA LOS TRES SENTIDOS - DESEADOS, VERBAL, VISUAL, CON LA PARTICIPACION DE TODOS, Y CUYAS CARACTERISTICAS DESCRITAS POR LA EXPERIENCIA DEL GRUPO SE CONSIDERA DE LA SIGUIENTE MANERA:

TEATRO GUINOL:

ES MANERA DE ACERCARSE Y ESTABLECER CONTACTO BILINGUALMENTE EN TRES SENTIDOS CON LA COMUNIDAD. COPIANDO PERSONAJES Y ANIMALES DEL PROPIO USO, COSTUMBRE, LENGUA O DIALECTO REGIONAL O MICROREGIONAL.

ES ATRACTIVO:

PORQUE SE PRESENTA INCLUSIVE EN FORMA DE DIALOGO CON EL AUDITORIO, LOS PROGRAMAS COPLAMAR EN LOS TERMINOS Y BELLEZA DE LA SENSIBILIDAD NATURAL DE LA GENTE, MOTIVANDOSE Y SENSIBILIZANDOSE EN SUS FORMAS ACOSTUMBRADAS, SIN EXTRAPOLACIONES CULTURALES.

BILINGUAL:

INDEPENDIENTEMENTE AL RESPETO DEL IDIOMA NACIONAL Y DE ACUERDO AL RESPECTIVO LENGUAJE Y/O DIALECTO DE LUGAR EN DONDE SE PRACTIQUE LA REPRESENTACION.

DE IDENTIFICACION:

CON LOS PERSONAJES QUE SE REPRESENTAN LOS PROGRAMAS COPLAMAR Y EL TRABAJO COMUNITARIO.

CARACTERIZACION:

NECESIDADES, ESTIMULOS, DIVULGACION Y APOYO A LOS TRABAJOS COMUNITARIOS.

RECURSOS:

CONVENIO IMSS-COPLAMAR CON EL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA.

DE APOYO A LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA.

LOS MUNECOS, MECANISMOS Y ESCENARIOS SE FABRICARAN CON MATERIALES NATURALES Y DE DESPERDICIO PRINCIPALMENTE.

HIPOTESIS

EL TEATRO GUINOL IMPLEMENTADO CON LA MAGNITUD DE LA VARIABLE LINGUISTA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS; UNA ALTERNATIVA DE APOYO PARA EVITAR EL FRENO A LOS PROGRAMAS COPLAMAR PARTICULARES A ESAS AREAS.

VARIABLE DE PENDIENTE

EL TEATRO GUINOL IMPLEMENTADO CON LA MAGNITUD DE LA VARIABLE LINGUISTA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS....

VARIABLE INDEPENDIENTE

ALTERNATIVA UTIL PARA EVITAR EL FRENO A LOS PROGRAMAS COPLAMAR PARTICULARES A ESAS AREAS.

JUSTIFICACION

SIGNIFICATIVA

SE DESTACA POR SER UNA FORMA QUE PERTENECE A LA TRADICION - DE LOS CONCEPTOS CULTURALES, SOCIALES, REGIONALES Y MICROREGIONALES, Y SU IMPORTANCIA ESTRIBA EN SATISFACER LAS NECESIDADES DE PROTECCION SOCIAL A LA QUE ASPIRA Y SOLICITA LA ORGANIZACION DEL CONSEJO NACIONAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS.

TRASCENDENCIA.

EL HABERSE ROTO LA INERCIA DEL OLVIDO Y EL ABANDONO, HACIA LAS COMUNIDADES INDIGENAS, Y DE TAL IMPACTO, PORQUE DEJARA HUELLA DE UN TRATO EN PLANOS DE IGUALDAD, COMO SOLIDARIO HABIENTES CON CAPACIDAD DE ORGANIZACION Y SUPERVISION DE SU TRABAJO COMUNITARIO.

VIABILIDAD.

LA EXPERIENCIA EN ESTE CAMPO DE LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA Y DEL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA CON EL APOYO DE SU CONVENIO FIRMADO CON EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR EN COORDINACION CON LOS DEMAS ORGANOS, ORGANISMOS Y ENTIDADES DE -

Gobierno que concurran.

OBJETIVO GENERAL

ESTABLECER UN CURSO PERMANENTE DEL TEATRO GUINOL IMPARTIDO POR EL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA EN APOYO A LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA, DESTINADO A CAPACITAR PROMOTORES BILINGUES DE LOS PROGRAMAS COPLAMAR QUE SEAN ORIGINARIOS Y RESIDAN EN LAS COMUNIDADES A DONDE SE REALICEN LAS REPRESENTACIONES.

CONCLUSIONES

LA FALTA DE OPERADORES BILINGUES QUE HA IMPEDIDO DIFUNDIR LOS BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS COPLAMAR EN LAS COMUNIDADES QUE GUARDAN EL FENOMENO DE LA MAGNITUD VARIABLE LINGUISTA, SE PUEDE SUPERAR SI SE UTILIZA EL TEATRO GUINOL - COMO ALTERNATIVA ENTRE OTRAS, DE LOS MEDIOS DE PROMOCION.

SE DEBERAN APROVECHAR LOS RECURSOS DESTINADOS AL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA PARA DIFUNDIR A TRAVES DEL PROGRAMA - IMSS-COPLAMAR EL TRABAJO COMUNITARIO.

SE FUNDARAN LAS PRIORIDADES DE LA PROMOCION DE LOS PROGRAMAS Y SU OPERACION, TOMANDO COMO BASE:

- EL ESTABLECIMIENTO DEL UNIVERSO DE TRABAJO CON LAS COMUNIDADES QUE DESEEN POR SI MISMO PARTICIPAR.
- RESCATE DE LOS VALORES SOCIO-CULTURALES DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS A TRAVES DEL TEATRO GUINOL.

- CONSULTAR A LOS REPRESENTANTES DEL CONSEJO NACIONAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS A TRAVES DE LOS COMITES DE SALUD, PARA COORDINAR CON LAS UNIDADES MEDICAS RURALES LOS APOYOS DE LAS ACCIONES.
- PROMOVER LAS ACTIVIDADES CONJUNTAS EN BASE A LA ORGANIZACION DEL TRABAJO COMUNITARIO,
- BUSCAR Y PROMOVER TODO APOYO.QUE SIRVA PARA ERRADICAR - LOS OBSTACULOS QUE IMPIDEN A LAS COMUNIDADES INDIGENAS - EL ACCESO A LA SOLIDARIDAD NACIONAL.

REFERENCIAS

- 1/ FELIPE PARDINAS, METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES.
- 2/ KARL POPPER, MEMORIA DEL CURSO DE PROTECCION SOCIAL AL MEDIO RURAL, DEL 10 DE AGOSTO AL 4 DE SEPTIEMBRE 1981.
- 3/ ELI DE GORTARI, INTRODUCCION A LA LOGICA DIALECTICA.
- 4/ DIARIO OFICIAL, ACUERDO PUBLICADO EL 21 DE ENERO DE 1977, PUESTO EN VIGOR EL DIA SIGUIENTE A SU PUBLICACION.
- 5/ GOULDER, MEMORIA ... IBIDEM.
- 6/ MEMORIA... IBIDEM.
- 7/ IBID.
- 8/ ELI DE GORTARI, IBIDEM.
- 9/ ELI DE GORTARI, LA CIENCIA EN LA HISTORIA DE MEXICO.
- 10/ COE, LOS OLMECAS, NUMERO 3, SECCION DE DIFUSION CULTURAL INAH. SEP.
- 11/ MEXICO INDIGENA, REVISTA, ORGANO DE DIFUSION DEL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA, MEXICO, D.F. MAYO 1980, No.38.
- 12/ IBID.
- 13/ PABLO GONZALEZ CASANOVA, LA DEMOCRACIA EN MEXICO, VEANSE ALGUNOS CONCEPTOS DE MARGINALISMO.

14/ PROGRAMAS COPLAMAR.

15/ MEMORIA IBIDEM.

INTRODUCCION

REPUBLICA DE PANAMA, DATOS GENERALES:

Ubicada en el centro de América, es la parte más angosta del Continente; tiene una superficie de 77,082 kms², y una población de 1,830,175 habitantes de los cuales - 933,320 h. viven en area rural, y 903,240 en el area ur bana. Densidad de población de 23.7 h. x km².

Tiene un clima tropical marítimo, con temperatura moderadamente alta y fuerte humedad todo el año, abundantes lluvias pero libre de tormentas y huracanes.

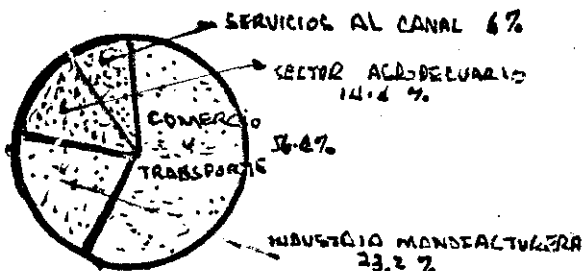
Tiene abundantes islas y una longitud litoral de 4554 km.

Abundantes ríos y su elevación más alta, El Volcan Barú, es de 3,475 metros sobre el nivel del mar.

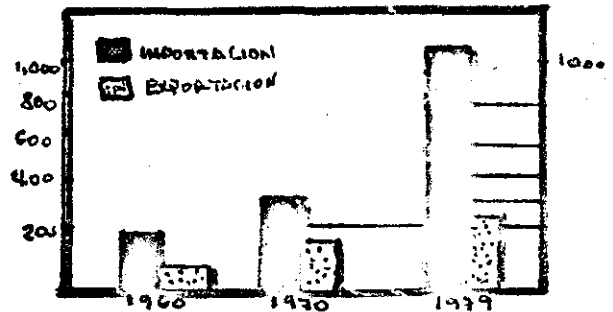
La moneda nacional es el Balboa, (está a la par del dólar)

Politicamente se divide en 9 provincias, 65 distritos, y una comarca indígena; 505 corregimientos electorales.

PRODUESO INTERNO BRUTO



IMPORTACION Y EXPORTACION



Desde 1969 la preocupación permanente ha sido incorporar a toda la población del país al desarrollo nacional por lo cual uniendo esfuerzos todos los Ministerios han creado instituciones capaces de llevar adelante esta necesidad. En salud la cobertura es casi total hasta en los rincones más aislados del territorio. El trabajo combinado de las instituciones está logrando mantener a la población en sus comunidades de origen.

MODELO DE IMPLANTACION DE ASISTENCIA MEDICA PRIMARIA



ELABORADO POR:

Dr. LUIS MURILLO R.
Sr. JULIO CESAR HE

NECESIDADES SOCIALES

- 1.- ASISTENCIA MEDICA BASICA
- 2.- DESARROLLO AGROPECUARIO

El Piro, distrito de las Palmas, Prov. de Veraguas. Es una comunidad montañosa, con una población de 650 hab. campesinos (mestizos, blancos e indígenas); católicos, viven en 120 casas hechas de madera redonda, techo de penca y piso de tierra. Realizan actividades agropecuarias de subsistencia. Alimentación deficiente en cantidad y calidad. Toman agua de fuentes superficiales. Solo 50 casas cuentan con letrinas. No poseen luz eléctrica. La accesibilidad es por caminos de tierra entrando carros en la estación seca y a pie o caballo en la época lluviosa. Hay una escuela de enseñanza primaria. Las familias están constituidas por un promedio de 6 personas cada una. Se encuentran un 50% de desnutridos y un 80% de parasitados en la población. Hay un Representante de Corregimiento, una Junta Comunal y un Comité de Salud.

DEMANDAS

- 1.- DESPARASITOSIS
- 2.- AGUA POTABLE
- 3.- LETRINAS
- 4.- MEJOR NUTRICION

PROGRAMAS EXTEN

- 1.- LETRINACION
- 2.- EDUCACION IA SALUD
- 3.- EDUCACION AG CUARIA

PROGRAMAS PRIORI

- 1.- GIRAS MEDICA
- 2.- CONSTRUCCION ACUEDUCTO.



C U R S O

P R O T E C C I O N S O C I A L A L A P O B L A C I O N R U R A L

Regina E° Herrera Antezana
Trabajadora Social.
Instituto Peruano de Seguridad
Social.

T E M A R I O

- 1.- Realidad del Medio Rural en el Perú.
 - 2.- Protocolo de Investigación.
 - 3.- Análisis Situacional.
 - 4.- Carta Descriptiva del Programa.
-

CARACTERISTICAS DEL MEDIO RURAL EN EL PERU.

REFERENCIAS HISTORICAS.-

La Historia del Perú, está ligada a 6 épocas : La Aborigen, Del Descubrimiento y Conquista, La Colonia, La Independencia, la República, y el Perú Contemporáneo.

REFERENCIAS GEOGRAFICAS y CLIMATOLOGICAS.-

Está situado en la costa Oeste de Sud-América, limita al Norte con Ecuador, al N.E. con Colombia, Al E con Brazil, al S. E. con Bolivia, al S. con Chile, y al O. con el Océano Pacífico.

El territorio peruano ofrece 3 regiones definidas: La Costa, faja de 40 a 80 km de ancho, arenosa y árida con excepción de algunos valles fértiles; la Sierra o Cordillera de los Andes, que atraviesa el país de S. a N., y la Montaña o Amazonía, constituida por laderas y planicies orientales que forman parte de la Cuenca del Amazonas.

El Perú ofrece variados climas, por la influencia de la altitud y otros factores. En la Costa, el clima es templado y húmedo, debido a la corriente fría marina de Humboldt. En la Sierra, el clima varía desde el templado hasta el frío glacial en las cumbres, con estación de lluvias de Nov. a abril. El clima de las planicies selváticas transandinas es cálido y húmedo, con abundantes lluvias de Noviembre a Mayo.

La fauna andina está representada por los camélidos (vicuña, alpaca, llama, guaraco, zorros, venados, osos, chinchillas, viscachas y condores.)

REFERENCIAS DE POBLACION .-

Hasta 1978, el Perú contaba con 16,836 habitantes, el crecimiento demográfico es de 2.8% anual y densidad de 13.0 hab. por Km². La zona más poblada es la Costa, o sea la capital Lima, y otras provincias, con más de 10 mil habitantes, éstas representan el 57% de la población del Perú; el 43% vive en áreas rurales, de este 43%, un 23% corresponde a población dispersa en aldeas aisladas cooperativas etc., y el 20% a poblaciones que van entre 2 mil a 10 mil habitantes, esta última o sea el 20% sería la población NETA RURAL.

Las zonas rurales campesinas del Perú, están ubicadas en los departamentos de Puno, Cuzco, Ancash y Huancayo.

El terreno es muy accidentado, debido a la presencia -

de la cordillera de los Andes y de la cadena volcánica que atravieza territorio peruano de Norte a Sur, en su parte Central y Sur.

Existe tendencia migratoria rural hacia la capital Lima, en la siguiente proporción : de 16 millones de habitantes, 5 a 6 millones habita en la capital, siendo 1/3 de esta población capitalina, emigrante de zonas rurales.

REFERENCIAS DE VIVIENDA.-

Los tipos de vivienda varían según las regiones (Costa-Sierra y Selva), el material usado, es el predominante y adecuado para cada zona. En la Sierra, las construcciones son de adobe (tierra con paja), techo de paja y piso de tierra. Sin condiciones de vivienda primitiva, o sea carecen de servicios de infraestructura sanitaria.

REFERENCIAS SOBRE ALIMENTACION.-

La alimentación varía en cada región, En la dieta habitual del campesino, predominan los vegetales (papa, maíz, yuca), es deficitaria en proteínas. En la Selva, la ausencia de minerales, es causa de caries dental y raquitismo.

REFERENCIAS SOCIO-CULTURALES.-

Sobre el fondo cultural, del mundo occidental europeo, hay en Perú, una serie de sub-culturas, distintas en Sierra, Costa y Selva. Esas sub-culturas, tienen o significan diferentes idiomas (Quechua y Aymara en la sierra sur-central) y en la Selva existen dialectos que llegan a 100, pero que solo 70 de ellos son significativos; esta variedad de dialectos, problematiza la existencia de un solo molde cultural.

La forma de organización básica es la familia, estas familias habitan en comunidades llamadas "Ayllus".

El campesino peruano, va perdiendo paulatinamente sus ideas autóctonas, para asimilarse a los moldes culturales de la corriente de habla castellana. Acepta la medicina occidental.

REFERENCIAS ECONOMICAS.-

El ingreso percapita es bajo, de 70 dolares promedio, es-

to los obliga a una vida paupérrima y les impide progresar en vivienda, educación etc.

La tierra está en manos de empresas de interés social (Cooperativas y de algunos pequeños y medianos propietarios.

El industrialismo se viene acrecentando debido a incentivos por parte del Gobierno, así como por la inversión de capitales extranjeros.

La explotación minera, la comercialización de harina de pescado y lana de auquénidos, constituyen las principales materias de exportación. La producción agrícola y ganadera, se destina en su totalidad al consumo interno, no obstante el Perú, se ve obligado a importar algunos productos básicos necesarios para la alimentación de la población.

REFERENCIAS SOBRE EDUCACION.-

Comprende diferentes niveles: Inicial, Primario, Secundario, Técnico y Superior.

El 60% de la población campesina, alcanza el nivel primario, el 40% para ingresar al nivel secundario, debe migrar de poblados pequeños a capitales de provincias, en la mayoría de los cuales, existen Centros Superiores. La población alfabetada en 1978, alcanzó el 79.7%.

METODO CIENTIFICO

1.- Protocolo de Investigación.-

Se trata de una necesidad de " SEGURIDAD Y PROTECCION", según Maslow.

Es una necesidad sentida expresada y normativa, por que el I.P.S.S. la considera necesidad real.

2.- Percepción del Problema y Acopio de Datos.-

- A) Mediante entrevistas individuales con asegurados.
- b) A raíz de la aplicación de una encuesta a pensionistas, cesantes y jubilados del IPSS.
- c) Confrontando estadísticas, del número de asegurados inscritos, con el número de usuarios del sistema de Seguridad Social .

3.- Definición del Problema.-

Aproximadamente, el 70% de los asegurados de Puno, desconocen las prestaciones médicas y económicas que brinda el I. P. S.S.

4.- Justificación.- Reúne las siguientes características :

- Significancia : Es importante y pertinente para el IPSS y el asegurado.
- Trascendencia : Los asegurados, serán impactados positivamente, al comprobar que el IPSS, les brinda prestaciones asistenciales médicas y económicas, asegurando en lo posible, su salud, su vida y su futuro familiar.
- Viable : La programación educativa a brindarse, será aceptada, toda vez que responde a una necesidad.

5.- Propósitos .-

- Que los asegurados estén protegidos, contra las contingencias de Enfermedad-Maternidad, Vejez, Invalidez, Orfandad, etc.
- Que hagan uso de un derecho, que legítimamente les pertenece
- Igualmente la Seguridad Social Peruana, cumpla uno de sus objetivos primordiales, cual es brindar atención médica y protección social.

6.- Objetivo General.

Puno

El I.P.S.S, logrará que el 70% de los asegurados, utilice adecuadamente los servicios que brinda, mediante campaña educativa promocional, a impartirse en 9 Cooperativas agrarias de Producción, pertenecientes a las 3 sub-zonas del del IPSS, en un período de 5 semanas.

ANALISIS SITUACIONAL.

1.- Def. del Problema : Aproximadamente, el 70% de los asegurados de Puno, desconocen las prestaciones (Médicas y económicas) que brinda el IPSS.

2.- Factor Genético-Cultural : El 55% de la población asegurada en referencia es indigne, analfabeta, monolingüe; habitan en lugares apartados y aislados entre sí; la mayoría se desemeña como pastor de las Cooperativas Agrarias de Producción. Aún - persisten en ellos, sentimientos de recelo y desconfianza ante el "Hombre Blanco" y su civilización, esta actitud, es superable mediante trato e intercambio continuo; no obstante el fuerte arraigo de la medicina tradicional, es aceptada por su eficacia la medicina occidental. Existen líderes naturales a favor del programa.

3.- Factor Legal :

Nueva Constitución del Perú, año 1980 : Art 162 -Cap.VIII.

Legislación de la Seguridad Social Peruana : Pág. 8° Nueva estructura orgánica-Gerencia Prestaciones Sociales.

4.- Recursos

Materiales - Infraestructura Física.
- Movilidad.

Técnicos - Proyector
- Filminas.

Humanos - Médicos.
- Para-médicos (Enfermeras, Trabajadora Socita)
- Técnicos de Administración, de laboratorio, RX.

5.- Mercadotencia :

Es menester motivación especial, para facilitar el aprendizaje.

NOMBRE DEL TEMA	PERFIL DEL PROFESOR	NOMBRE DE LA PERSONA	ELABORACION DEL CALENDARIO.
<p>Prestaciones Médicas Asistenciales, que brinda el I.P.S.S</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajador Social. -Egresada de la UNTa. -Domina el idioma quechua. -Participó, en una investigación social, en la Comunidad de Vicos. -Es natural y residente en el Dep. de Puno. 	<p>Susana Pérez Teresa Saravia Rosario Diaz.</p>	<p><u>1ª Semana</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación para el aprendizaje. - Información sobre la Seguridad Social Peruana. - Centros de Asistencia Médica con que cuenta el IPSS en el lugar. Forma de aportación. <p><u>2ª Semana.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones Médicas Asistenciales de Enfermedad. - Prestac. Médicas de Maternidad. - Atención al Niño. <p><u>3ª Semana.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestación Asistencial Directa-Requisitos, Tramitación. - Prestación Asistencial Indirecta.Requisitos, tramitación. - Evaluación.

NOMBRE DEL TEMA	PERFIL DEL PROFESOR	NOMBRE DE LA PERSONA	ELABORACION DEL CALENDARIO
<p>Prestaciones Económicas que brinda el IPSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajador Social -Egresada de la UNTA. -Domina el idioma Quechua. -Participó, en una investigación socio-económica-cultural, en la comunidad de Vicos 	<ul style="list-style-type: none"> -Susana Pérez -Teresa Saravia. -Rosario Diaz 	<p><u>4ª Semana</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestac. Económicas de Enfermedad (Subsidios). Requisitos, tramitación. - Prestac. Economicas por Maternidad. Requisitos, tramitación. - Prestación económica por Lactancia. <p><u>5ª Semana.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensión de Vejez, Jubilación, Invalidez. Requisitos, tramitación. - Pensión de Sobrevivientes Viudez-Orfandad-ascendientes. Requisitos-Tramitación. - Evaluación.

RECONOCIMIENTO

Los alumnos del curso de Protección Social a la Población Rural manifiestan su reconocimiento de gratitud al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social por la oportunidad de haber participado en este curso.

Queremos hacer patente nuestra gratitud a la Sra. Yvonne François y a su equipo secretarial las Sritas. Laura Mendieta Vargas e Irma Morales González por su destacada labor secretarial en la elaboración de esta relatoría. Así mismo el eficiente servicio de fotocopiado y encuadernación a cargo del Sr. Manuel López Parra.

No ha pasado desapercibido para nosotros la diligente labor administrativa de este Centro que incluye a todos los servicios, comedor, cocina, transportes, aseo, vigilancia, biblioteca, etc., pues gracias a ellos nuestra estancia fue muy placentera.

DISCURSO DE DESPEDIDA

SR. MAYOR JAVIER RUEDA VELAZQUEZ, COORDINADOR DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR.

DR. ARNULFO RAMOS, COORDINADOR MEDICO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

DR. GASTON NOVELO, SECRETARIO GENERAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

LIC. MARGARITA RODRIGUEZ SOTO, ADMINISTRADORA GENERAL DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. RAFAEL SANCHEZ ZAMORA, JEFE DE LOS SERVICIOS TECNICOS DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. ARMANDO CORDERA, ASESOR DE LA DIRECCION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. ENRIQUE PARRA DAVILA, COORDINADOR DEL CURSO PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL

DIGNAS AUTORIDADES, COMPAÑEROS TODOS:

EN REPRESENTACION DE LOS PARTICIPANTES AL CURSO DE PROTECCION SOCIAL A LA POBLACION RURAL, TENGO EL HONOR DE DIRIGIRME A USTEDES DIGNAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL, A CUYA ACCION CONJUNTA ESTA ENCOMENDADA LA LABOR DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INSTITUCION A LA QUE DEBE-

MEXICANO, POR LO QUE CON JUSTICIA PODEMOS DECIR, QUE EL MODELO NACIONAL DE ESTE PAIS, FIGURA COMO UNO DE LOS MEJORES DEL CONTINENTE AMERICANO Y MUNDIAL. Y QUE LA EFICACIA DE SU ACCION, SE DEBE NO SOLO A LA FILOSOFIA HUMANISTA QUE LA INSPIRA, A SU MAGNIFICA ORGANIZACION, ENCABEZADA POR EL ILUSTRE LICENCIADO ARSENIO FARELL CUBILLAS, SINO TAMBIEN AL CALIFICADO ELEMENTO HUMANO, QUE LABORA EN ELLA, CUYOS PROFESIONISTAS DURANTE EL CURSO NOS HAN ENSEÑADO CON PALABRAS Y EJEMPLO, DEJANDONOS A TRAVES DE SUS DIALOGOS SABIOS, GENEROSOS Y FRATERNOS, SABOR A CIENCIA HUMANISTA, A NACIONALISMO, A COMPROMISO FRATERNAL, VALORES ESTOS ILUMINARAN NUESTRO ACTUAR POR DOQUIERA QUE NOSOTROS NOS ENCONTREMOS.

ENTRE LOS FACTORES QUE FACILITARON NUESTRA ADAPTACION Y MEJOR APROVECHAMIENTO, FIGURA EL CIESS COMO INSTITUCION, CUYA MAGNIFICA ORGANIZACION, ADMINISTRACION, Y EL EXQUISITO TRATO DE SU PERSONAL, QUE DISTRIBUIDO EN SUS DIFERENTES NIVELES, NOS BRINDO CALIDA ACOGIDA, ADECUADA INFORMACION, EFICIENTE SERVICIO, POR LO QUE HACEMOS LLEGAR A TODOS Y CADA UNO DE SUS COMPONENTES, NUESTRA FELICITACION Y AGRADECIMIENTO. MAS, DEBEMOS RECONOCER QUE ESTA LUCIDA Y FRUCTIFERA CONVIVENCIA EDUCATIVA, ALCANZO LOS MEJORES LOGROS, DEBIDO A LA EFICAZ COORDINACION, ENSEÑANZAS, Y ORIENTACIONES DE

MOS LA REALIZACION DE ESTE IMPORTANTE CURSO QUE FINALIZA HOY Y AL QUE PODEMOS CALIFICAR DE ALTAMENTE MOTIVADOR, CONCIENTIZADOR E INSTRUCTIVO Y QUE NOS ABRE LA POSIBILIDAD DE ACTUAR CON ACIERTO EN NUESTRAS PROPIAS REALIDADES AMPLIANDO LA COBERTURA DE PROTECCION A LOS NUCLEOS SOCIALES MAS URGIDOS DE SATISFACTORES.

EL CURSO NOS FUE IMPARTIDO POR DESTACADOS PROFESIONISTAS, TANTO DEL CIESS, COMO DEL IMSS, COPLAMAR, INI, SEP Y DE OTRAS INSTITUCIONES.

EN SU DESARROLLO, HEMOS PODIDO COMPRENDER LO QUE CONLLEVA LA PROTECCION SOCIAL, Y ASI MISMO CONOCER LA EVOLUCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL APLICADA A MEXICO, LA QUE CONCEPTUAMOS COMO UNA GRAN EMPRESA HUMANISTA, DE AUTENTICA SOLIDARIDAD HUMANA, QUE NACIO DEL CORAZON MEXICANO, QUE BEBIO LAS MEJORES FUENTES CIENTIFICAS, HUMANAS, QUE SE HIZO GRANDE POR LA MEREcida CONFIANZA QUE SUPO BRINDARLE SU GOBIERNO FEDERAL E INSTITUCIONES Y QUE FORTIFICADA CON EL VIRIL Y PROGRESISTA ESPIRITU NACIONALISTA MEXICANO, OPERA HOY, A TRAVES DE INSIGNES PROFESIONALES, QUE EN VIRTUD DE SU CAPACIDAD Y CALIDAD HUMANA HAN HECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE MEXICO, LA FORMULA DE TRATAMIENTO SOCIAL MAS DIGNO Y EFICANTE PARA EL HOMBRE

NUESTRO MUY APRECIADO COORDINADOR DR. ENRIQUE PARRA DAVILA, A QUIEN RECORDAREMOS SIEMPRE, EN EL PERFIL DE EFICIENTE PROFESIONAL, GRAN MAESTRO, GUIA EFICAZ, GRAN CABALLERO, Y AMIGO SINCERO.

ANTES DE TERMINAR, QUISIERA EXHORTAR A MIS COMPAÑEROS, ESPECIALMENTE A LOS EXTRANJEROS, PARA QUE PONGAMOS EN PRACTICA TODO LO QUE HEMOS APRENDIDO, VALE DECIR, QUE LOS VALIOSOS CONOCIMIENTOS QUE HEMOS OBTENIDO EN ESTE CURSO, SUMADOS A UN COMPROMISO SINCERO DE AYUDA AL MAS NECESITADO, NOS SIRVAN, PARA LLEVAR A LOS MARGINADOS DE NUESTRAS PROPIAS REALIDADES, LA PROTECCION, EL ALIVIO Y BIENESTAR A QUE TIENEN DERECHO, SOLO CON ESTE FIRME PROPOSITO, SERAN COMPENSADOS LOS ESFUERZOS DE NUESTRO COORDINADOR DEL CURSO, DE NUESTROS PAISES, Y DEL CIESS.

NUEVAMENTE NOSOTROS LOS REPRESENTANTES DE REPUBLICA DOMINICANA, EL SALVADOR, HONDURAS, MEXICO, NICARAGUA, PANAMA Y PERU DECIMOS A USTED DR. ENRIQUE PARRA, GRACIAS, MUCHAS GRACIAS GRAN MAESTRO, GRACIAS CIESS POR TU HOSPITALIDAD, GRACIAS IMSS POR LA GENEROSIDAD CON QUE NOS HAS PRESTADO SUS GRANDES LOGROS Y ACIERTOS TUS HERMANOS DE CENTRO Y SUD-AMERICA, NOS SENTIMOS MUY ORGULLOSOS DE TI, DE TUS EXITOS.

GRACIAS MEXICO, GRAN PAIS, HERMANO FRATERO.

REGINA E. HERRERA
TRABAJADORA SOCIAL
INSTITUTO PERUANO DE
SEGURIDAD SOCIAL
P E R U