SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XIII NÚM. 29 *EPOCA III*

SUMARIO

Estudios

La seguridad social en la economía nacional.
Lucien Féraud.

Función de la Seguridad Social en la economía nacional.
Ernesto Kaiser.

Notas sobre desarrollo económico.
Gilberto Loyo.

Monografías Nacionales Americanas de Seguridad Social.

El seguro social en Costa Rica.
Marcelo Céspedes.

Legislación.

Ley de Bases sobre la Seguridad Social (España).

Noticiario de la Prevención de Riesgos Profesionales.

IV Congreso Mundial de Prevención de Riesgos Profesionales.

II Coloquio Internacional de Prevención de Riesgos Profesionales en la Industria de la Construcción y obras públicas.

IV Congreso Mundial de Prevención de Riesgos Profesionales.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

La Medicina Social base de la Seguridad Social.
Henri Poulizac.

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

1964

MEXICO, D. F.

ACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
LES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.
DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

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

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

I N D I C E

Pág.

Estudios.

La Seguridad Social en la Economía Nacional.
Lucién Féraud 7

Función de la Seguridad Social en la Economía Nacional.
Ernesto Kaiser 20

Notas sobre Desarrollo Económico.
Gilberto Loyo 25

Monografías Nacionales Americanas de Seguridad Social.
El Seguro Social en Costa Rica.
Marcelo Céspedes 57

Legislación.
Ley de Bases sobre la Seguridad Social (España) 99

Noticiario de la Prevención de Riesgos Profesionales.
IV Congreso Mundial de Prevención de Riesgos Profesionales y II Coloquio Internacional de Prevención de Riesgos Profesionales en la Industria de la Construcción y Obras Públicas 115

XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo 121

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
La Medicina Social base de la Seguridad Social.
Henri Poulizac 131

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

LA MEDICINA SOCIAL, BASE DE LA SEGURIDAD SOCIAL[1]

Por el Dr. Henri Poulizac.
Médico Jefe de la Unidad de Investigación Médico-Social de la Caja Regional de Seguridad Social del Noroeste (Nancy, Francia).

I.—Introducción

I.1.—La seguridad social tiene una doble finalidad.

Proteger al hombre contra los riesgos de incapacidad, que le ponen en condiciones de vida y de trabajo incompatibles con sus exigencias biológicas.

Promover al hombre cuya seguridad no depende solamente de una protección económica, sino también de sus propias capacidades de trabajo, de su calificación, de su educación sanitaria y social y de su nivel cultural.

Se trata, en efecto, de garantizar el equilibrio de la salud física y mental de la población, pues es más eficaz y más humano desarrollar una política preventiva y fomentar la promoción social, que resignarse a una indemnización pasiva y degradante de la incapacidad.

I.2.—Si conjugamos los dos términos de prevención y de incapacidad, encontramos las bases fundamentales de una disciplina antigua como el mundo, enunciada de una manera tan lúcida por Hipócrates, y revivida en nuestros días por un número cada vez mayor de médicos apasionados por la verdad.

Si, como lo decía René Leriche, "la medicina no es solamente el arte samaritano de curar, sino que es por la fuerza de las cosas, la ciencia de la vida, de toda la vida, de lo normal y de lo patológico", hay que reconocer que la verdad se encuentra en el conocimiento de este estado de equilibrio entre el individuo y lo que le rodea, que se designa con el término de salud, y que designaremos más bien como la adaptación. Y si vale más prevenir que curar, la verdad también se encuentra en la investigación de los factores que determinan la inadaptación, para eliminarlos sistemáticamente y devolverle a la terapéutica la eficacia que sólo le puede asegurar una orientación etiológica. En realidad, un movimiento irresistible se ha apoderado del mundo médico, que lo conduce hacia los horizontes, momentáneamente abandonados,

---

[1] Conferencia pronunciada en el Curso sobre "Organización y Funcionamiento de Clínicas de consulta externa y Hospitales de la Seguridad Social" en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

del análisis de las relaciones entre el hombre y el medio ambiente. La evolución social lo invita a ello, en tanto que la excesiva fragmentación de sus disciplinas le inspira nostalgia por la síntesis.

Así surge la medicina social —o más bien esta reorientación social de la medicina— cuyas preocupaciones terminan por coincidir exactamente con las de la seguridad social, pues ésta trata de mejorar las defensas en el terreno individual, de desarrollar las aptitudes, participando en la creación de un medio de existencia conforme con las posibilidades humanas. Alexis Carrel abrió el camino cuando, en "El hombre, este desconocido", consideró a la civilización como el medio para perseguir el progreso del hombre y no el de la ciencia y de las máquinas. En el siglo pasado el método tuvo tal preponderancia, que finalmente el método llegó a ser el fin supremo, cuando en realidad no es más que un medio. Parafraseando el término de medicina social, podemos decir que se trata precisamente de poner la medicina al servicio del hombre, considerado a la vez como individuo y como ser social.

I.3.—Permítaseme depurar este movimiento médico de las consideraciones tendenciosas y del halo político que, con demasiada frecuencia, oscurecen su verdadero significado. La medicina social no es una medicina burocratizada. Si debido a las exigencias de su propio progreso técnico adquiere cierta organización, ésta dependerá únicamente de sus autores, y no de un sistema impuesto desde el exterior, por espíritus que ignoran su misión fundamental. La medicina social es, más bien ese esfuerzo conciente y deliberado de los médicos para adoptar sus medios de conocimiento y de acción a los enormes problemas de nuestro tiempo. Es la respuesta unánime, de todo el cuerpo médico, a la angustia del individuo ante la enfermedad, la miseria y la inseguridad. Y más que una respuesta presente, es una previsión del futuro, puesto que se basa en la prevención permanente de la inadaptación que es, por definición, esencialmente prospectiva.

¿Cómo no reconocer, en esta actitud, las bases mismas de la seguridad social?

II.—La evolución de las Ideas

II.1.—Parece ser que el término de Medicina Social fue creado por Guerin en 1848. Relacionándolo, en aquel entonces, con las enfermedades transmisibles, cuyo tratamiento individual exigía, evidentemente, una protección organizada del medio ambiente. Como producto de los imperativos de la epi-

demiología, la medicina social ponía claramente en relieve la solidaridad de los individuos. Por otra parte, la higiene se encontraba supeditada a las nociones de contaminación microbiana. De tal manera que la Epidemiología y la Higiene llegaron, a una primera y amplia incursión de las disciplinas médicas en la planificación urbana. Estableciéndose, de esta manera, los primeros reglamentos sanitarios.

II.2.—Sin embargo, los tiempos han cambiado y los conceptos sobre las enfermedades, no siguen siendo tan sencillos. Al microbio "origen de todo mal", se le incorporaron otros factores de agresión, tales como las intoxicaciones originadas por las industrias, el ruido, la polución atmosférica, las radiaciones ionizantes, los productos para la conservación de alimentos, los insecticidas y los fungicidas, nada más para citar algunos ejemplos.

En la actualidad, los psicólogos, y los sociólogos han demostrado la incidencia traumatizante y de envejecimiento, de las diferentes presiones sociales, de la urbanización y de la industrialización en masa, de las grandes zonas residenciales, de los diferentes ritmos de trabajo, de la inquietante automación; y han analizado, además, la desintegración de la célula familiar, la comercialización del tiempo libre y el cansancio de una vida demasiado condicionada.

Al conocimiento de las reacciones antimicrobianas se añadió el descubrimiento de las múltiples reacciones de "terreno": la sensibilización y la alergia, los factores genéticos, las reacciones temperamentales, la fatiga y la intolerancia individual. Las enfermedades agudas para las que se conocía el tratamiento, han sido sustituidas poco a poco por enfermedades crónicas o degenerativas y por múltiples alteraciones funcionales contra las cuales no se puede hacer mucho. Se esboza, entonces, una nueva patología, en la cual se reunen terreno y acondicionamiento; desarrollándose al ritmo de los progresos técnicos, de la organización social y de los descubrimientos médicos.

II.3.—Es un hecho que hemos prolongado la vida humana. En el lapso de un siglo, la esperanza de vida de un recién nacido en nuestro país se ha casi duplicado. Sin embargo, este beneficio tiene que llegar a ser distribuido equitativamente en el mundo entero para que esta prolongación de la existencia valga la pena, realmente, de ser vivida.

¿Cómo defender al hombre en esta lucha cotidiana que lo enfrenta a sus condiciones de vida y de trabajo? La Epidemiología no es suficiente y la Higiene sale poco a poco de sus antiguos conceptos. Y presentimos que ya no se trata solamente de luchar contra el microbio, ni aún contra la

enfermedad, más importante aún es la prevención de los desequilibrios funcionales que son el origen de los trastornos de la salud. Recordamos aquella reflexión que Pasteur hizo en el ocaso de su vida: «Claude Bernard tenía razón; el microbio no es nada, el "terreno" lo es todo.» Con objeto de conocer el "terreno" y protegerlo contra las agresiones del exterior, o mejor dicho, con objeto de fortalecerlo como un entrenamiento funcional metódico, es preciso disponer de nuevos métodos experimentales, adaptados a esta dualidad dinámica hombre-medio. Es conveniente organizar la observación sobre criterios nuevos, y tratar la información médico-social, obtenida de esta manera, con la ayuda de una bio-estadística sólidamente estructurada. Tenemos que adquirir ante todo una forma de pensar que, independientemente de nuestras observaciones instantáneas sobre fenómenos esencialmente cambiantes, nos sitúe en el tiempo para comprender su evolución.

II.4.—Asistimos actualmente a las primeras tentativas de una prevención organizada. La medicina preventiva se implanta en la empresa conjuntamente con la medicina del trabajo, en la escuela con la medicina escolar, en el hogar, con la protección materno-infantil. Pero sujeta todavía a la influencia de las clasificaciones "nosológicas" de las que el médico, por formación y por costumbre, se desprende con cierta dificultad, esta medicina preventiva queda todavía relacionada con el descubrimiento de las enfermedades incipientes y con la lucha contra las grandes plagas sociales como son: la tuberculosis, el cáncer, las enfermedades mentales, etc. La prevención, en este campo tan estrecho, se agota rápidamente en la investigación de los determinismos y de los síntomas premonitorios. El origen de la enfermedad se descubrirá mucho más lejos, en las alteraciones del terreno, que resultan de la desadaptación social. Encontramos nuevamente un aspecto médico que fue olvidado momentáneamente en el vértigo de los descubrimientos clínicos y terapéuticos. Los trabajos decisivos de Selye, vienen a mostrar algunas de sus bases positivas. La atención médica, en esta fase de la evolución social, va más allá de los aspectos teóricos de la consolidación clínica: es a la vez curación funcional y readaptación a la vida.

II.5.—La medicina social no puede permanecer más tiempo ligada a las sistematizaciones mórbidas, ya que si no se extiende a esta nueva dimensión de la inadaptación hombre-medio, jamás llegará a ser esa "ecología médico-social", que será la base de la prevención ininterrumpida de la incapacidad. La conquista del equilibrio de la salud, llega a ser tan impor-

tante como la defensa contra las agresiones. La medicina preventiva, no debe limitarse al descubrimiento, sino que debe descubrir progresivamente este vasto problema de la adaptación y de la inadaptación estudiando los estados premórbidos, que se expresan en lenguaje funcional. Para una investigación semejante, tendrá que recurrir a medios poderosos de investigación estadística. ¿Cuáles son los "promedios biológicos" de los parámetros fundamentales de la salud, que le servirán de criterio de apreciación de las variaciones individuales? Este contacto de la medicina preventiva y de la estadística será particularmente fructífero, si se realiza con hipótesis válidas y si define adecuadamente sus fines: o sea el conocimiento de la evolución biológica del individuo y de las colectividades a las cuales pertenece.

II.6.—Si se cierra la era del descubrimiento, la era del balance de salud, sólo podrá abrirse en un marco de exámenes sistemáticos, que transformarán profundamente las preocupaciones del cuerpo médico. El auge de la medicina social parece estar ligado a una revisión de las estructuras, en función de las nuevas técnicas del procesamiento de la información. El progreso de nuestros conocimientos se realizó, en la época clínica que llega a su fin, con las investigaciones un tanto artesanales; se realizará en la época médico-social, que empieza a manifestarse, con investigaciones de conjunto. La observación individual es tan rica, que no podemos dejarla dispersa y sin utilización, teniendo los medios de integrarla en ordenadores que exceden ampliamente los límites de nuestros recursos humanos.

II.7.—Si el desarrollo de las ideas y de las disciplinas médico-sociales pone el conocimiento de los médicos al servicio de una verdadera política preventiva, este desarrollo interesa igualmente a la seguridad social, puesto que es de tal naturaleza que ayuda a disminuir sus riesgos. Previendo estadísticamente la evolución de los riesgos, y descubriendo los factores que determinan su desarrollo, la seguridad social puede pretender a una política positiva y eficaz. No cabe duda, que en una perspectiva semejante, tanto la seguridad social como la Medicina social tenderán a unirse en una sola Protección social, cuando ésta se extienda a todos los riesgos y a toda la población de un país. Estas dos disciplinas constituirán dos expresiones de una sola política, cuyo único fin será la regulación de las actividades sociales y económicas: regulación destinada a emplear todos los recursos financieros y técnicos disponibles para reducir las alteraciones de la mano de obra y la incapacidad social de la población en general.

II.8.—Resumiendo, la Medicina Social ha pasado por tres etapas sucesivas que dejaron en cierta forma su huella indeleble:

la etapa de Hipócrates; en la que el método de observación era empírico y en la que la incertidumbre de la acción se debía a la imprecisión de los conocimientos,

la etapa de la epidemiología; que permitió comprender que la salud es una responsabilidad colectiva y una obra de solidaridad,

la etapa de la medicina preventiva, que ha demostrado el interés de un descubrimiento precoz y sistemático.

Iniciamos la etapa decisiva de la protección social, que es la etapa de la organización de las técnicas de la salud y de la medicina de conjuntos, organización concretizada en el plano práctico, en la prevención de la incapacidad y de la inadaptación. Esta prevención se aplica a tres etapas esenciales:

la prevención precoz, en la fase premórbida; debida al coconocimiento de los determinismos de la alteración de la salud y a los criterios de la evolución biológica,

la prevención de las secuelas, en la fase clínica; que permite considerar la curación funcional más allá de la desaparición de los síntomas mórbidos,

la prevención de la deficiencia, en la fase de las secuelas; en la que el deficiente es considerado en relación a su potencial de acción y a su dependencia social.

A través de estas tres fases esenciales se analizarán los métodos de conocimiento y de acción de la medicina social.

III.—Bases Positivas del Conocimiento Médico-Social

III.1.—Es conveniente precisar desde un principio, que la medicina social posee dos aspectos diferentes:

la práctica médico-social que se refiere a los médicos que ejercen en una de las tres etapas de la protección social,

el balance y la investigación, que requieren equipos especializados para proporcionar a los médicos interesados todos los elementos necesarios para el análisis de las alteraciones funcionales, tanto de su etiología como de su pronóstico.

III.2.—Puesto que se trata de evaluar la inadaptación, es necesario considerar dos parámetros; el terreno y el medio, o mejor dicho sus relaciones recíprocas, las que caracterizaremos con el término de "fenómeno médico-social".

Penetramos así, en el campo de los determinismos, es decir de la jerarquía causal que se aplica a los diferentes facto-

res de la inadaptación: el estado premórbido, las secuelas, la deficiencia. No es posible analizar un estado premórbido sin conocer las circunstancias que alteran el terreno: circunstancias que pueden ser de herencia, de sensibilización, de fragilidad de los sistemas. Por lo que respecta a las secuelas, resulta imposible conocer su naturaleza y su alcance sin considerar, antes, todas las funciones físicas y mentales del individuo interfiriendo, cada secuela local, sobre la totalidad de las funciones orgánicas, y así llegamos a las investigaciones específicas del estado premórbido, adquiriendo una visión global de estas secuelas.

En cuanto a la deficiencia, es probablemente el estado de salud más significativo de esta solidaridad Hombre-Medio, ya que sería imposible eliminar los obstáculos que impiden la vida activa sin tomar en cuenta estos dos términos.

A falta de un conocimiento completo de tales determinismos médico-sociales, no podemos establecer un plan lógico de prevención que permita volver a situar al individuo en las mejores condiciones de equilibrio sanitario y social individual.

III.3.—Si enfocamos a la prevención, a través de los factores de inadaptación funcional, se presenta entonces como un esfuerzo de adaptación a las "agresiones" exteriores, considerando el término de agresión, en toda su extensión. Las vacunaciones han venido a demostrar que la adaptación al microbio era el resultado del desarrollo progresivo de las defensas orgánicas. El deportista se entrena luchando contra la fatiga, el hombre ha vencido al frío, al calor y a los agentes físicos adaptándose a ellos. La alimentación en sí misma es una lucha diaria. Del mismo modo que el proceso vital se resume en un entrenamiento del terreno al contacto de las influencias exteriores, tomando el aspecto de una "integración de automatismos biológicos" en la economía general. Por lo tanto, la Medicina Social es un estudio de los procesos de entrenamiento a las agresiones físicas y mentales del medio, así como un conocimiento de los límites individuales de tolerancia: la adaptación es una construcción permanente, sobre las bases de las adquisiciones anteriores, mientras que la inadaptación es un desbordamiento de las defensas, que se traduce precozmente en desequilibrio funcional. Y la prevención será más eficiente si pueden descubrir, por medio de balances precisos, los signos funcionales de adaptación y de inadaptación.

Es evidente que estos balances no se refieren a nuestros actuales criterios de exploración sobre los estados mórbidos, y que las investigaciones más fructíferas, tendrán que suje-

tarse a una confrontación: entre los resultados de exámenes sistemáticos de salud y los de una experimentación de laboratorio. El examen de salud constituye el mejor campo de observación dentro de esta medicina funcional que es la medicina social, y se basa en criterios, parámetros y promedios susceptibles de situar las fragilidades y las resistencias en relación con las circunstancias agresivas.

III.4.—En realidad, la aparición de una medicina social positiva exige el desarrollo de estos balances de adaptación y de inadaptación, capaces de transformar profundamente las preocupaciones del cuerpo médico, sus métodos de trabajo y el marco de sus actividades:

Las preocupaciones del cuerpo médico, se apartarán de su objetivo actual, especialmente clínico y terapéutico, para dirigirse hacia este nuevo objetivo de la adaptación Hombre-Medio, a través de un entrenamiento metódico de las funciones físicas y mentales emprendiendo una lucha permanente contra el envejecimiento y la usura. Ya sea que se trate de evitar la enfermedad, de reducir sus síntomas o de limitar la deficiencia, la práctica médica ampliará sus horizontes, orientándose hacia el estudio de las alteraciones funcionales en todas las fases de la evolución mórbida y hacia su prevención sistemática.

Los métodos de trabajo, estarán caracterizados por un retorno al espíritu de síntesis, considerando la unidad psicosomática más allá de las alteraciones de sistemas. Es decir, la coordinación llegará a ser la regla de cualquier práctica médica, y las investigaciones tenderán hacia la utilización de los conjuntos comparando las poblaciones según los parámetros escogidos. Si el soporte de la observación médica llega a ser médico-social, la bioestadística le impondrá ciertos criterios de utilización además de una rigurosa disciplina científica, condiciones de un verdadero trabajo de equipo.

El marco de las actividades médicas. Excederá el marco hospitalario y clínico con objeto de incluir los exámenes sistemáticos de salud y la rehabilitación. El tratamiento sintomático tomará un nuevo giro integrando dentro de sus disciplinas un tratamiento funcional vinculado a la prevención y a la curación funcional.

Consecuentemente, la medicina social, se basa en una investigación orientada en el sentido de una medicina funcional psicosomática.

III.5.—Estas consideraciones demuestran perfectamente la importancia de una política sanitaria y social capaz de armoni-

zar el conocimiento y la acción, los hombres y las estructuras, y de fijar exactamente los fines y los medios de una práctica médica necesariamente sujeta a la coordinación. Sin embargo, esta armonización no colectivizada deberá incluir una exigencia fundamental de la acción preventiva: la adaptación de cada individuo a su propio marco de existencia. Con la ayuda de los criterios y de los promedios, el médico deberá discernir las características de los individuos. Si la Medicina Social es en primer lugar una investigación de conjunto, es también y sobre todo un esfuerzo de individualización. Desde este punto de vista, constituye un retorno a las fuentes más puras de la tradición de Hipócrates: no hay enfermedades, sólo hay enfermos. La condición es, que se base en un procesamiento metódico de la información médico-social, en el sentido más moderno y más positivo de este término de información, es decir, en un sentido de Informática.

IV.—La Acción Sanitaria y Social

IV.1.—La acción sanitaria y social, es en realidad una política destinada a disminuir los riesgos. Esta política implica necesariamente un cierto número de opciones humanas, ya que se trata de alcanzar objetivos cuyo contenido puede variar según las legislaciones, según las preocupaciones médicas, según las perspectivas sociales, y aún más, según las características locales y regionales. Pero, también es cierto que estas opciones serán más correctas y eficientes, si están esclarecidas por un conocimiento positivo de las realidades médico-sociales, en particular: de la evolución de los riesgos, de las circunstancias que los determinan, de sus incidencias prácticas, así como del valor terapéutico de los medios empleados para reducirlos. De esta manera, la acción sanitaria y social adoptará el aspecto de una verdadera "Estrategia", basada en una constante preocupación por la prevención. Desde el punto de vista de la "Seguridad Social", la estrategia preventiva llegará a ser una verdadera terapéutica de los riesgos, con todo lo que esto implica de observación metódica, de utilización estadística y de investigación médico-social.

IV.2.—Consideraremos a esta estrategia preventiva bajo sus dos aspectos complementarios:

Su aspecto de conjunto, concerniente a las estructuras, es decir, el equipo adaptado a las perspectivas actuales de la Medicina Social,

Su aspecto individual, concerniente a los médicos que dan vida a las estructuras.

IV.3.—Las estructuras médico-sociales, para responder a las definiciones y preocupaciones de la protección social, deben tomar en cuenta dos fenómenos distintos, pero que poseen una influencia recíproca:

La evolución actual de las técnicas de diagnóstico y de atención que tienden hacia la especialización. El hospital, originalmente se consagraba a la asistencia pública, llegando a ser un centro perfectamente equipado, en donde el enfermo se beneficia con la intervención de especialistas competentes. Pero es evidente, que en este movimiento de valorización técnica se ha modificado completamente el concepto tradicional del médico tratante. El enfermo es examinado y tratado por síntomas bien definidos, lo que implica una nueva necesidad, que consiste en sintetizar las visiones fragmentarias obtenidas por unos y por otros.

La evolución de la Medicina Social, se orientó entonces hacia el equilibrio de la salud y hacia las condiciones de vida de las que depende. Esta orientación de la acción médica hacia la prevención de la enfermedad, de sus secuelas y de su deficiencia final, demostró claramente que aquí también era necesaria una obra de síntesis.

IV.4.—Considerando estos dos fenómenos evolutivos, llegamos evidentemente a la conclusión de que la estructura del sistema sanitario y social estará formado por un tipo diferente de médico: un médico que se encuentre en contacto directo con el marco de la existencia familiar, capaz de apreciar el alcance práctico de sus diferentes factores materiales y mentales, e instruido en el significado de los balances funcionales que interpretan la actitud biológica del individuo. *Se trata del tradicional "médico familiar"* pero de un médico familiar capacitado en las disciplinas funcionales psicosomáticas que además comprende su papel de *consejero de síntesis médico-social* de la población que se le ha encomendado. No analizaremos aquí el problema de la "libre opción", sin embargo aclararemos que esta libre elección del médico, constituye una garantía esencial de confianza: no es posible aconsejar en forma adecuada a una persona que no expresa libre y espontáneamente sus síntomas, sus preocupaciones y sus necesidades. Si interviene cierta obligación, sólo puede ser la obligación de elegir a su médico familiar —en los límites, desde luego, en que exista un número suficiente de médicos— y, por definición, esta opción debe ser previa a cualquier enfermedad, puesto que se trata de que el individuo confíe su destino médico-social a un consejero de síntesis, preocupado en salvaguardar la salud.

IV.5.—Además, el médico familiar debe disponer de todos los recursos técnicos necesarios para establecer sus balances y orientar a sus pacientes, por lo que es conveniente una cierta centralización de los medios de balance, y así abordamos directamente el problema de las estructuras. Si el hospital, es efectivamente un centro perfectamente técnico, lógicamente será éste el que le suministrará todos estos medios. Dándonos cuenta de que para llegar a una utilización racional de los balances, el propio hospital debe disponer de un servicio de medicina social, vinculado a la interpretación y a la síntesis, así como al estudio estadístico de promedios y significados.

Este servicio hospitalario de medicina social, debe ser el punto de unión necesario entre los servicios especializados y el médico familiar, tanto en la fase de los exámenes preventivos de salud, como en la del balance médico-social de los enfermos hospitalizados.

Conocemos las dificultades comunes de la "salida" del enfermo y la importancia de una orientación final hacia un centro de rehabilitación; así como el papel decisivo de una planeación en la educación sanitaria y social que evite las recaídas y que recupere, para el individuo, las mejores condiciones de salud.

El servicio médico, situado de esta manera, en el punto de contacto entre la práctica individual y la medicina de atención especializada del hospital, se convierte en un servicio técnico capaz de suministrar datos que son directamente útiles al médico familiar, o a los organismos de rehabilitación. *Es evidente que su intervención se sitúa en el nivel del balance funcional, físico y mental; no obstante, el médico familiar sigue encargado de la acción preventiva.* Aún después de la rehabilitación, es el médico familiar el que puede aconsejar mejor y educar a su paciente, estableciendo los contactos adecuados entre el médico-consejero y el médico de empresa, en relación con su reintroducción a la vida social y profesional.

IV.6.—Nos parece necesario precisar algunos aspectos del balance funcional:

En la fase de los exámenes preventivos de salud, podemos considerar balances sistemáticos a los períodos decisivos de la evolución biológica, así como balances episódicos; según la iniciativa del médico familiar. Pero, para que su proceder sea racional y no se acumulen exámenes superfluos, el servicio de medicina social debe disponer de una observación previa establecida según criterio y bajo rúbricas an-

ticipadamente fijadas por él. Siendo ésta también una condición del trabajo estadístico metódico. Los resultados transmitidos al médico familiar deben a su vez ser útiles en el plano práctico. Incumbe al servicio de medicina social expresar de manera sencilla y comprensible las mútiples exploraciones que ha efectuado y sugerir consejos basados sobre la acción preventiva deseada.

En la fase del balance médico-social hospitalario. El servicio de medicina social establecerá las indicaciones de sus balances a través de una relación directa entre el médico familar y los servicios de atención. Las observaciones deben llevarse a cabo según criterios precisos y útiles, puesto que son la base de esta relación. Y se comprende que la salida del enfermo, organizada por el servicio de medicina social, supone un balance de síntesis. Asociadas con los médicos, las trabajadoras sociales, por su parte, deberán tomar todas las medidas necesarias, con objeto de evitar que cualquier espera en la admisión a los centros de convalecencia o de rehabilitación interrumpa la continuidad de la acción médico-social, así como para asegurar las relaciones indispensables con las trabajadoras sociales del sector.

IV.7.—Habiendo fijado de esta manera las tareas respectivas del médico familiar y del servicio hospitalario de medicina social, vemos esbozarse los grandes lineamientos de una estructura sanitaria que respondería a los problemas planteados por la gestión de los riesgos de la Seguridad Social. *El examen preventivo de salud* representa la base de un conocimiento global de la situación sanitaria del país y de sus relaciones con el marco socio-económico. Todos estos datos además de permitir la elaboración de una política de prevención precoz, suministran a la investigación médica informaciones esenciales.

Los servicios de atención hospitalaria, integrándose a la evolución actual de los procedimientos terapéuticos, exceden los límites de la curación clínica y completan su acción con una terapéutica funcional con objeto de disminuir las secuelas residuales de las diferentes enfermedades: la terapéutica funcional es, efectivamente, una modalidad de la atención, pues se enlaza íntimamente con ella a lo largo de la evolución clínica, y su aplicación concierne directamente a cada especialista. Ya no es posible considerarla como una disciplina aislada y polivalente, ya que es necesario conocer perfectamente las características evolutivas de una enfermedad o de cualquier estado traumático, para fijar las indicaciones y controlar su desarrollo.

Las tareas del hospital, al mismo tiempo en que se orientan hacia la curación funcional, se extienden a un doble sentido de la prevención y de la rehabilitación, a través del servicio de medicina social:

— El Hospital suministra, a la prevención precoz todos los balances necesarios para el examen de salud, que realiza el médico familiar.
— Establece la planeación de la salida de sus enfermos, y todas las relaciones médicas y sociales justificadas por la síntesis de los casos más complejos.

En cuanto a la rehabilitación, es el medio para sustraer al enfermo de su situación de "paciente", para convertirlo en el autor de su propia rehabilitación, con la ayuda de los métodos pedagógicos más modernos: como son, métodos activos de autodemostración; demostrándose a sí mismo, el incapacitado, que puede asumir de nuevo sus tareas sociales y profesionales. Basta decir que aquí, ya no nos encontramos en el campo de la terapéutica, sino que estamos en el de una verdadera "mayéutica médico-social", en la cual el terapeuta se convierte en educador. Es probablemente, una evolución delicada, que supone una nueva formación médica, que no alcanzaremos sin la transformación de los programas y del espíritu de una enseñanza orientada exclusivamente hacia la clínica. Pero, en realidad, ¿no es este mismo programa y este mismo espíritu de la medicina social, los que se imponen a la formación del médico familiar, del médico-consejero, del médico de trabajo, del médico escolar, y del médico encargado de un servicio médico-social hospitalario?

IV.8.—No es posible, en efecto, imaginar estas estructuras nuevas, basadas sobre la prevención, sin comenzar antes con esta formación básica de los médicos que serán los llamados a imprimirles vida. La acción sanitaria y social implica una doble tarea, necesaria a una lógica estrategia preventiva.

Elaboración y situación de un equipo de acuerdo con las informaciones proporcionadas por el análisis médico-social, es decir, que fuera de ese equipo y en relación con él, debemos disponer de un sistema observador-confrontador.

Animación del equipo en el sentido previsto por la estrategia preventiva: es decir, que más allá de las estructuras, debemos disponer de los medios de formación profesional de los médicos, tanto en el nivel universitario como en el de la formación continua.

V.—El Sistema Observador y la Investigación Médico-Social

V.1.—Al describir los principios y los métodos de una acción sanitaria y social correspondiente a las exigencias de la reducción sistemática de los riesgos cubiertos por la Seguridad Social, nos damos cuenta que:

La reducción de los riesgos dependen de una política preventiva aplicada a las tres fases del estado premórbido, del estado mórbido y del estado de las secuelas.

La prevención, comprendida de esta manera, depende de nuestro conocimiento de los factores de inadaptación, ya que la salud no es sólo la ausencia de una enfermedad, sino el resultado de un equilibrio Hombre-Medio: la protección social, indemnizando la incapacidad, desplaza nuestros conceptos tradicionales de la salud.

Para conocer la inadaptación, tenemos que emplear los recursos que nos ofrece el método estadístico, ya que se trata de situar los casos individuales en relación con los promedios generales, establecidos metódicamente en el marco de las estructuras médico-sociales de la población y en el de la evolución biológica del terreno.

Para recopilar informaciones útiles, debemos disponer de observaciones coordinadas, establecidas a partir de métodos comunes: dándonos cuenta de la necesidad de servicios hospitalarios de medicina social, con objeto de articular la atención especializada con una política preventiva cuyo principal autor continuará siendo el médico familiar.

Pero son dos las condiciones que se encuentran en la base de una evolución técnica y social de esta clase, es indispensable para prevenir y reducir las cargas:

— La existencia de sistemas observadores.
— La formación de los médicos al contacto de una investigación permanente.

Nuestro último propósito será el de fijar el lugar, la estructura y el funcionamiento de un sistema observador, viendo cómo este sistema, que contribuye en la investigación, es un elemento fundamental en la formación de los médicos.

V.2.—La experiencia que hemos adquirido en Nancy nos permite decir que, un sistema observador dedicado a regular la protección social debe, como cualquier sistema encargado de la recopilación y de la confrontación de informaciones relativas a un conjunto funcional, responder a dos criterios:

— Tener relaciones bien definidas con los elementos del conjunto observado.

— Tener su lugar al margen de estos elementos para ser independiente en sus intervenciones, escoger adecuadamente los sectores que justifiquen encuestas especiales, y confrontar todos los datos relativos al conjunto.

V.3.—Aquí, el conjunto funcional está formado por:

El sistema socio-económico cuyos aspectos son tales que justifican una delimitación regional: la población posee características propias, a veces hasta formas de vida y manera de pensar particulares, en el marco de una región geográfica. Este sistema socio-económico resume las diferentes actividades de los individuos en el plano profesional, al servicio de una producción determinada, y en el plano social, al servicio de la comunidad familiar y humana. Cuando surge una incapacidad que altera las capacidades profesionales y sociales, interviene el *sistema regulador de la protección social.* Su finalidad es la de reincorporar al individuo provisionalmente incapacitado al conjunto socio-económico, o si la incapacidad es definitiva, compensar esta incapacidad con una ayuda financiera. Interviniendo la protección social en dos formas:

— con la indemnización de la incapacidad
— con la elaboración de una acción sanitaria y social capaz de reducir la incapacidad.

La protección social es un sistema regulador financiero: recurre a las estructuras sanitarias y sociales que representan un *sistema regulador técnico.*

Entre estos dos sistemas se establece *una relación del tipo "Feed-back"* al igual que entre la protección social y el sistema socio-económico.

V.4.—La observación debe establecer contacto con estos tres sistemas con objeto de obtener informes útiles y elaborar una estrategia eficiente. El sistema observador, para asumir estas tareas, comprenderá:

En lo que se refiere a la información, estructuras adecuadas para tratar sus tres aspectos complementarios:

— la documentación, que es el procesamiento de las informaciones disponibles,
— la observación sistemática, que es el procesamiento de los datos relativos al funcionamiento de los diferentes organismos financieros y técnicos.
— la observación elaborada, que es la ejecución de encuestas y de muestreos necesarios para el estudio de un determinado fenómeno o para el control de tal o cual mecanismo regulador.

En lo que se refiere a la estrategia preventiva, el sistema observador asegurará el estudio:

— de las estructuras legislativas que servirán de marco a la prevención de la incapacidad,
— de las estructuras médico-sociales que corresponden a las necesidades.
— de las intervenciones individuales y colectivas de los médicos que dan vida a estas estructuras.

Por ello el sistema observador se basará sobre todos los estudios estadísticos y técnicos necesarios para motivar sus intervenciones y deducir todos los resultados positivos: estos estudios dependerán de un "sistema-confrontador" que dispone de estadísticas competentes y de suficientes medios electrónicos regionales y nacionales. Por otro lado, los problemas que pertenecen tanto a la economía, como a la sociología, a la protección social y a la medicina social, sólo podrán ser estudiados en un cuadro de equipos de trabajo, adecuadamente estructurados. De todos modos, *un sistema observador deberá incluir un núcleo básico que reúna por lo menos a un técnico financiero de la protección social, a un especialista en medicina social y a un bioestadístico capacitado en los problemas médico-sociales.* En total, el sistema observador es el medio de integrar a la Seguridad Social en el inmenso estudio de la organización del territorio. Ya que suministra informaciones fundamentales sobre las alteraciones biológicas que resultan de las malas condiciones de vida y de trabajo, su papel es irremplazable en la planificación del cuadro material de la ciudad futura. Además, como las informaciones que desea exigen la colaboración de investigadores numerosos y competentes, encontrará sus autores, en el grupo de técnicos de la seguridad social. Además, ¿no es la Informática una tarea fundamental de una organización consagrada a una delicada "regulación" socio-económica? Se debe ignorar la fase primitiva de la gestión, abandonando las costumbres que nos legó el seguro y penetrando en la fase de una política preventiva: en toda función técnica de la Seguridad Social, se debe reservar un sitio importante al procesamiento de las informaciones, en todas sus fases y bajo todas sus formas.

V.5.—Sólo nos resta considerar lo que nos parece constituir la esencia de una política médico-social de los riesgos, es decir, la formación de los médicos. No cabe duda, que esta no puede permanecer únicamente teórica y que debe basarse sobre dos tipos de disciplinas:

— en el conocimiento de los fenómenos de adaptación y de inadaptación.

— y el aprendizaje experimental de las disciplinas de información y de estrategia preventiva.

Realmente, esta formación encontrará los datos más modernos, al contacto con la investigación y muy especialmente los servicios hospitalarios de la medicina social y con los sistemas observadores. Se ha realizado en Nancy, un experimento pedagógico de este tipo, considerando que debe ofrecerse a los estudiantes y a los médicos tres laboratorios prácticos.

Un laboratorio de documentación, que permita el análisis y la síntesis de los datos disponibles, es decir, la adquisición de conocimientos médico-sociales y el entrenamiento del espíritu en los mecanismos de documentación.

Terrenos de observación: las observaciones hospitalarias de la medicina social y las encuestas elaboradas deben enfrentar al estudiante a los problemas concretos, inclusive en los medios sociales.

Un laboratorio de bioestadística, que permita comprender el significado de las cifras, interpretarlas correctamente, y llegar así a la comprensión de las estructuras a través de la estrategia que se desprende de la observación.

Para dar a la experiencia su infraestructura técnica, hemos establecido, en primer lugar, un sistema-observador, por iniciativa de la Seguridad Social, y con la ayuda de técnicos de los sectores socio-económicos y médico-sociales. Posteriormente asociamos ese sistema-observador a la Cátedra de Medicina Social de la Facultad, de tal manera que representa una verdadera Unidad de investigación médico-social proporcionando a la enseñanza sus tres laboratorios fundamentales.

Una unión de este tipo nos pareció muy fructuosa, pues a la vez que fomenta el trabajo de equipo, reúne las ventajas de un sistema observador relacionado con la Información y la Estrategia, así como a una enseñanza práctica conforme a la política de conjunto. En conclusión, observemos que los datos establecidos por esta unidad de investigación médico-social, gracias a la contribución de tan valiosos investigadores como son los estudiantes de medicina, y aun las futuras trabajadoras sociales, y los estudiantes de derecho y sociología, son únicamente sugestiones opuestas a los organismos médico-sociales. En varias ocasiones hemos demostrado que la política preventiva implica opciones humanas decisivas y que se encuentran en manos de los responsables sanitarios y sociales. Recordemos de esta experiencia: que el papel del sistema observador no se limita a la motivación científica de la acción preventiva, sino que abar-

ca lógicamente a la investigación médico-social y la formación de los médicos. No olvidemos que el establecimiento de sistemas observadores es tarea de la seguridad social, ya que de ellos depende la favorable gestión de sus riesgos.

V.6.—Si fuera preciso resumir nuestras consideraciones sobre la medicina social, sus fines, sus medios y sus estructuras, con objeto de establecer una prioridad, optaríamos inmediatamente por la creación de sistemas observadores. Y si fuera necesario conservar, de preferencia cualquier otra, una estructura tradicional de la medicina de atención, seleccionaríamos sin lugar a duda el "coloquio singular" que continúa siendo el arma más eficaz del médico familiar. El médico familiar, deberá ser el único juez del destino de sus enfermos, porque él es el único que lo conoce en ese ambiente de confianza que crea la consulta. Y debe permanecer dueño de las informaciones que le comunica, ya que sólo él les dará su verdadero sentido, y es responsable del secreto profesional que lo une al paciente.

En definitiva, el médico familiar garantiza la individualización de los tratamientos, su unidad y su coherencia. Descubre oportunamente los estados premórbidos, orienta la terapéutica y según su criterio envía al paciente a los centros especializados que le convienen. Es la persona indicada para proporcionar a los técnicos en Rehabilitación los datos indispensables para el éxito del tratamiento. Y siempre concluye esta rehabilitación en contacto directo con el medio social y sus verdaderos problemas. Bajo estos aspectos, es un terapeuta, y sobre todo un educador sanitario y social. Conociendo el terreno individual y el contexto de la existencia, puede elegir correctamente la vía de cualquiera de las disciplinas médico-sociales.

Para la seguridad social, el médico familiar es el autor fundamental de su política. En la evolución de la Medicina Social, es un técnico de la salud, con todo lo que esto incluye de control, en la alimentación, en las condiciones de vida, en el tiempo libre, en el trabajo. Es a este especialista de un género nuevo, al que convertiremos en un *consejero de síntesis médico-social.*

V.7.—El médico-consejero, por su parte, llega a ser el autor de la protección social, en la medida en que es capaz de establecer los balances de la incapacidad y colaborar con la acción sanitaria y social. La única condición es que esté en relación constante con los servicios hospitalarios de la medicina social, de donde obtendrá sus balances funcionales, y con el sistema observador, el cual utilizará los resultados de su práctica y orientará los diferentes controles, tanto de

los individuos, como de los organismos de atención. En estas condiciones el médico-consejero representa el eslabón entre la Seguridad Social y la Medicina Social. Se encuentra en el punto de unión entre las informaciones relativas a los riesgos, concretizadas en los parámetros de la incapacidad y las informaciones que se refieren a la Medicina-Social, expresadas en términos de inadaptación. Su acción se resume en una transformación continua de los factores de inadaptación en decisiones de incapacidad. Vemos pues, que su actuación es indispensable en el procesamiento de la información médico-social, tanto en la fase de la elaboración como en la de la utilización. Desde este punto de vista es el *consejero de síntesis de la Seguridad Social.*

CONCLUSIÓN

VI.1.—Si para concluir tratamos de definir la Medicina Social, diremos que es la medicina de la inadaptación. Pero es evidente, que será difícil sintetizar, en una fórmula, la totalidad de sus fines y de sus medios. En sus objetivos, se refiere al estudio de los fenómenos médico-sociales, que son una confrontación permanente entre las alteraciones del terreno y las agresiones exteriores. En sus métodos, se basa sobre la observación, pero los criterios de su acción sólo se pueden desprender de una experimentación estadística. En el nivel de sus conocimientos, se inclina en forma decisiva a las nuevas técnicas del procesamiento de la información: basada en la Informática. En el nivel de su acción, es una estrategia preventiva, si por prevención entendemos la eliminación de los factores que favorecen al estado premórbido, al estado mórbido y al estado de las secuelas.

VI.2.—Lo esencial en nuestras reflexiones es, indudablemente, que la Medicina Social está estrechamente ligada a la Seguridad Social, puesto que el peso de los riesgos depende del alcance de los fenómenos de inadaptación, y que la política preventiva manifiesta sus efectos en el plano financiero y técnico. Colocándonos en una óptica prospectiva, podemos decir que los *progresos de la Protección social dependerán de los progresos de la Medicina Social* y que la seguridad de la población depende tanto de la generalización de la protección social, como de la investigación médico-social coherente, organizada en común, y en unión con la formación de los médicos de mañana. Las dos estructuras fundamentales de esta evolución común son, por un lado, *el servicio hospitalario de la Medicina Social,* que es un servicio de balance funcional, y por otro lado, *el sistema observador,* que forma

la base de la investigación y de la enseñanza. Evidentemente, estas dos estructuras están técnicamente ligadas a pesar de la necesidad técnica que nos obliga a colocar el sistema observador fuera de cualquier práctica común, en un puesto de observación.

VI.3.—Hubiéramos alcanzado nuestra meta, si con estas consideraciones les hemos hecho comprender la importancia del análisis estadístico, cuyo destino, como método de conocimiento, se ha transformado completamente cuando abandonó la etapa de la enumeración pasiva para penetrar en la etapa de los cálculos de probabilidad. Sus recursos son tales, y el apoyo que le ofrecen los grandes conjuntos electrónicos es tan poderoso, que actualmente es posible abordar los problemas de la vida que son problemas evolutivos. La multitud de sus parámetros y de sus interferencias dejan a la mente humana en un estado de impotencia: las memorias electrónicas van a duplicar nuestros medios, permitiéndonos plantear los verdaderos términos de esta "dualidad dinámica Hombre-Medio", cuyas rupturas de equilibrio son una fuente de inadaptación, es decir, de ignorancia, de inseguridad y de miseria.

VI.5.—El equilibrio de la Seguridad Social, depende de la manera de armonizar al individuo y sus condiciones de vida, de organizar la promoción humana, de eliminar los peligros de la existencia moderna, de manera que nuestra sociedad en continuo progreso no sea una prisión mecanizada y condicionada, sino que llegue a ser, por el contrario, una verdadera civilización. La Seguridad Social y la Medicina Social han emprendido la búsqueda de un humanismo nuevo que, protegiendo al individuo, dé el primer lugar a esta verdad que es a la vez biológica y espiritual: *la salud y el bienestar son una conquista permanente y personal, denominada "Promoción humana".*

PUBLICACIONES Y EDICIONES DE LA SECRETARIA GENERAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

	Precio en dólares
REVISTA "Seguridad Social"	1.00
RECOPILACION DE NORMAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Volumen Núm. 1 (677 páginas)	5.00
Volumen Núm. 2 (261 páginas)	3.00
XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S. Estambul, 1961. Volumen y Costo de las Prestaciones en Especie y en Dinero por enfermedad (375 páginas)	3.50
XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S. Estambul, 1961. Desarrollos y tendencias de la Seguridad Social 1958-1960 (262 páginas)	2.50
XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S. Estambul, 1961. Organización y financiamiento de los regímenes de Asignaciones familiares y problemas administrativos que de ellos se derivan (105 páginas)	1.00
XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S. Estambul, 1961. La adaptación de las pensiones de vejez a las variaciones de las condiciones económicas (96 páginas)	0.75
XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S. Estambul, 1961. Relato de las actividades del grupo de trabajo sobre los problemas de la armonización de los criterios para la evaluación de la invalidez. Registro e identificación de los asegurados, recaudación de las cotizaciones del Seguro Social (68 páginas)	0.50
XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S. Estambul, 1961. Relaciones entre la seguridad social y los servicios de previsión social (24 páginas)	0.20
O.I.T. VI CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. México, 1960. La Seguridad Social en la Agricultura (127 páginas)	2.00
VII CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. Asunción del Paraguay, 1964. Reciprocidad de Trato en los Países Americanos en Materia de Seguridad Social (121 páginas)	2.00
VII REUNION DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL Y XII DE SU COMITE PERMANENTE. Memoria de Labores II Tomos (749 páginas)	6.00

Estas publicaciones pueden ser adquiridas previo envío de su pago, a la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Unidad Independencia. San Jerónimo, México 20, D. F.