

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XIX

EPOCA III

Núm. 66

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

1970

MEXICO, D. F.

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

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

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

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

## I N D I C E

<b>INTRODUCCION</b> .....	9
<b>PONENCIAS OFICIALES</b> .....	15
“LA ENSEÑANZA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS UNIVERSIDADES” Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social <b>Dr. Ricardo R. Moles</b> .....	17
“FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS NECESIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina <b>Dr. José Félix Patiño</b> <b>Dr. Luis Manuel Manzanilla</b> .....	41
“SEGURIDAD SOCIAL Y EDUCACION MEDICA” “Participación de los Recursos Humanos y Materiales de la Seguridad Social en los Programas Docentes para la Salud” Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social <b>Dr. Gastón Novelo</b> .....	51
“PARTICIPACION CONJUNTA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA PLANIFICACION PARA LA SALUD” Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social (AISS-CISS) <b>Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa</b> .....	103
“EDUCACION SOCIAL Y SANITARIA DE LA POBLACION EN LA PLANEACION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD” Ponencia Oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana <b>Dr. Nilo Vallejo</b> .....	139
<b>SEMINARIOS:</b>	
“FUNCION SOCIAL DE LA REHABILITACION COMO FACTOR DE LA PRODUCTIVIDAD” Ponencia Oficial de la Organización Internacional del Trabajo <b>Srita. Hilary Schlesinger</b> .....	151
“SEGURIDAD SOCIAL Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA” Ponencia Oficial del Departamento de Asuntos Sociales de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos <b>Act. Hernando Pérez Montaz</b> .....	183
“IMPORTANCIA SOCIAL DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION MEDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social <b>Dr. José María Segovia de Arano</b> .....	207
<b>RELATO FINAL</b>	
<b>Dr. Rafael González Pacheco</b> Relator General del Congreso .....	219

**SEGUNDO CONGRESO AMERICANO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**BOGOTA, COLOMBIA**

**21-27 de junio de 1970**

## **PONENCIAS OFICIALES**

## FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS NECESIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

*Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones  
de Facultades de Medicina*

DR. JOSÉ FÉLIX PATIÑO  
DR. LUIS MANUEL MANZANILLA

### INICIACION Y DESARROLLO DE LOS SEGUROS SOCIALES

Es bien conocido el hecho de que en la segunda mitad del siglo pasado, a consecuencia de la revolución industrial y de las luchas obreras que tuvieron lugar después, por inspiración del canciller Bismarck apareció el Seguro Social en Europa, como instrumento de una organización social más avanzada. Su intención inicial fue la de compensar al trabajador y a sus familiares con prestaciones en dinero y en especie cuando por razones de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, aquel perdía transitoria o definitivamente su capacidad de producir.

En América Latina la institución del Seguro Social se ha desarrollado aceleradamente en los últimos cuarenta años. Su evolución en los distintos países ha sido diferente; y ha dependido de los sistemas prevalentes de atención a la salud. En sus orígenes se basó fundamentalmente en la adopción de patrones que estaban funcionando en otros países, especialmente europeos. Posteriormente se ha visto que, como resultado de esta influencia, los Seguros presentan una gran limitación en la cobertura, así como otras características que reflejan la existencia de sistemas inadecuados de atención. La población cubierta por estas instituciones es bastante pequeña en relación con la población económicamente activa y lo es aún más si se compara con la población total de los países.

A medida que pasan los años y se ha adquirido más experiencia en sistemas de Seguros Sociales, se ha visto la necesidad de extender el marco de sus actividades y de dirigir las hacia lo que se llama hoy en día la Seguridad Social, que, como parte de la política económico-

social de los gobiernos, busca proteger al conjunto de la masa trabajadora y a sus familias contra los estados de necesidad, a fin de restablecer el poder de compra de la población, lo cual se logra mediante sistemas de prestaciones de distinta naturaleza. De acuerdo con esta definición, los Institutos de Seguros Sociales han venido a formar parte de los más amplios programas de la Seguridad Social.

De acuerdo con las bases doctrinarias, su organización y mecanismos financieros, los Seguros Sociales tienen gran importancia en la vida de los países. Sus objetivos no son sólo los económicos sino también los biológicos y sociales al proteger al ser humano, contribuyen de manera definitiva al desarrollo económico de los pueblos. Por otra parte, dados sus mecanismos de financiación, los Seguros Sociales se encuentran íntimamente incorporados a la planificación económica y social.

Hasta el presente, el número de personas que reciben los beneficios de las prestaciones médicas de los Seguros Sociales en los países de América Latina está limitado por el hecho de que en estos países existe una población activa relativamente pequeña, y de ésta apenas una baja proporción es de trabajadores asalariados. Naturalmente, la proporción de población que disfruta de acceso a las prestaciones médicas es variable en los distintos países.

Al parecer, en un principio los seguros sociales fueron considerados como una amenaza por el cuerpo médico, que se aferraba a los patrones de ejercicio liberal de la profesión y que veía cernirse, ya cerca, el espectro de la socialización de la medicina. En esa época, en la mayor parte de los países de América Latina el ejercicio médico se dirigía fundamentalmente hacia la atención de pacientes que estaban en capacidad de pagar sus servicios; las clases económicamente débiles sólo tenían acceso a los servicios públicos administrados generalmente por los Ministerios de Salud o sus dependencias regionales y por las Beneficencias. No se dispone de datos estadísticos adecuados, pero haciendo análisis retrospectivos se puede deducir que grandes masas de población se mantenían por fuera de una atención médica adecuada. Es indudable que esta situación mejoró notablemente después de la aparición de los Seguros Sociales, que han venido protegiendo, al menos, a la población asalariada. Sin embargo, continúan sin atención los grupos de población que siempre han estado desprotegidos: los habitantes rurales, los paqueños patronos, los trabajadores temporales o migratorios y, en muchos países, las familias de los trabajadores.

## Desarrollo de la Educación Médica

La educación médica en América Latina ha pasado por varias etapas de transición. Inicialmente organizada sobre patrones estrictamente europeos, ha venido evolucionando como disciplina universitaria, en la medida en que las instituciones de educación superior de América Latina se desarrollan. Debe anotarse que, a diferencia de los Estados Unidos fueron muy raros los hospitales que de manera independiente eran Escuelas o facultades de Medicina.

Una revisión histórica del panorama general muestra que las facultades de medicina, en su enorme mayoría, estaban desde un comienzo constituidas como parte integrantes de las universidades. Es bien conocido el hecho de que la América Latina tiene una muy arraigada tradición universitaria. Ya para el siglo XVI funcionaban universidades como las de Santo Domingo, San Marcos (Lima, Perú), México, el Rosario (Bogotá, Colombia), Córdoba (Argentina), y San Marcos (Guatemala).

El patrón de la educación médica se basó inicialmente en la formación de profesionales para el "arte de la medicina", que se ejercía fundamentalmente a través de la medicina privada y de una muy corta dedicación a la medicina hospitalaria. Además, la enseñanza era fundamentalmente de carácter tutorial. El desarrollo de este sistema para la formación de médicos y para el ejercicio privado de la profesión se mantuvo hasta la terminación de la segunda guerra mundial, cuando se hizo sentir de manera notoria la influencia de la medicina norteamericana. El objetivo de formar médicos en el "arte de la medicina" se modificó y comenzó a hacerse dentro del nuevo concepto de la medicina como ciencia. Aparecieron los médicos científicos adiestrados en disciplinas básicas, así como científicos no médicos en el profesorado de las facultades de medicina. Las especialidades surgieron en forma clara y las facultades de medicina se departamentalizaron. Se inició un proceso de orientación hacia el adiestramiento para la enseñanza y la investigación científica, que corría paralelo al declinar del ejercicio privado.

Las nuevas generaciones médicas, definitivamente dueñas de una conciencia social más profunda han comprendido la necesidad de definir la responsabilidad de la medicina dentro del desarrollo económico y social de los pueblos. La medicina social adquirió mayor preponderancia y las escuelas comenzaron a preocuparse por formar personal adecuado para las necesidades propias de cada país. El profesorado dejó de ser una actividad secundaria para profesionales dis-

tinguidos y se comenzó a insinuar como una profesión. Los profesores de tiempo completo y dedicación exclusiva hicieron su aparición y adquirieron una responsabilidad cada día mayor dentro del manejo de las facultades de medicina, lo que produjo un impacto en la superación de los niveles asistenciales y en la consolidación de la medicina como ciencia. Las facultades, sin embargo, se ven enfrentadas a problemas financieros y económicos de enorme magnitud, ya que el tránsito de una medicina de tiempo parcial y desorganizada, con una visión muy pobre de su responsabilidad social, hacia una medicina integral, de tiempo completo y con una clara definición de su responsabilidad dentro del panorama del desenvolvimiento social y económico de las naciones, requiere una financiación mayor y una base económica firme para el personal de profesores y de investigadores. Fue necesario construir laboratorios para hacer el cambio de la enseñanza teórica a la enseñanza práctica; se definió la necesidad y urgencia de ampliar las bibliotecas y de ofrecer una mayor posibilidad de información bibliográfica. Los profesores tenían que ser pagados para que pudieran tener una vida decorosa. Fue necesario modificar la estructura arquitectónica de hospitales y escuelas para organizar dentro de ellos áreas para reuniones científicas, bibliotecas, salas para profesores, internados y residencias. Se hizo necesaria la construcción de alojamientos para el personal hospitalario y de cafeterías comedores y salas de estar. Todo ello requería una gran inversión y los países de América Latina aparecían desesperadamente cortos de fondos.

La financiación para estas reformas de la educación médica se ha venido haciendo en forma parcial y precaria al través de mayores aportes de los Ministerios de Educación y de Salud. Y el profesorado, dentro de este nuevo concepto de la educación médica, se ha visto convertido en un grupo de altísima capacitación y de brillantes ejecutorias académicas y profesionales, pero sometido a un régimen de permanente sacrificio económico. A pesar de todo, el resultado ha sido el mejoramiento de la atención de la salud, tanto en el campo institucional para la atención del individuo enfermo, como en los programas de medicina social.

#### EL PANORAMA GENERAL

Al tiempo que esto sucedía dentro del ámbito académico, los organismos de Seguridad Social y particularmente los institutos de Seguros Sociales se convertían, rápidamente, en instituciones de gran poderío económico. En la actualidad constituyen organismos de una

capacidad económica muy superior a la de muchos Ministerios de Salud.

Por otra parte, en forma creciente los médicos de los países latinoamericanos han dejado de ver al Seguro Social como su enemigo y han comenzado a reconocer en él una fuente importante de financiación para la atención médica. Comprendieron los médicos que una buena forma de extender la atención médica era a través de estos sistemas de medicina prepagada y que en la medida en que los Seguros Sociales se fortalezcan y extiendan se puede pensar en que las poblaciones de los países latinoamericanos tengan acceso a buenos servicios de atención a la salud. El gremio médico ha venido modificando su posición y en años recientes se lo ha visto, en forma creciente, impulsar el desarrollo de los Seguros Sociales. Este es un fenómeno que contrasta notoriamente con el que ocurre en el norte del continente, sobre todo en los Estados Unidos, donde la profesión médica, representada por las asociaciones gremiales, aún defienden con ahínco y con éxito los patrones de ejercicio liberal de la profesión. Evidentemente, esto corresponde a sistemas socio-económicos perfectamente diferentes.

El crecimiento del Seguro Social contrasta con las limitaciones financieras de las instituciones estrictamente gubernamentales, como los Ministerios. Los antiguos hospitales de caridad se van convirtiendo en instituciones decrepitas, en muchos de los cuales la medicina se practica en forma precaria y primitiva; los edificios son obsoletos, las instalaciones inadecuadas y los presupuestos ínfimos. En contraste creciente, los hospitales del Seguro Social se levantan en todas las ciudades de América Latina como construcciones modernas y funcionales, dotadas de todo el equipo necesario para el ejercicio de una medicina avanzada. Y al mismo tiempo se ha venido viendo cómo, no sólo se debilitan los hospitales de caridad y del poder público, sino también las clínicas privadas. La ampliación del Seguro Social con sus nuevas instalaciones y sus modernos hospitales, ha dado lugar a un aflujo de pacientes que antes iban a buscar al médico privado ante la deficiente atención que ofrecía la seguridad social.

Poco a poco se ha definido con claridad un panorama para el futuro: la Seguridad Social y con ella los Seguros Sociales se extenderán. Pero su extensión requiere, no sólo el necesario mejoramiento en personal humano y en instalaciones físicas, sino una modificación

radical en sus patrones de atención médica, que le permitan cubrir y proteger sectores cada vez más amplios de la población.

Por otra parte, las facultades de medicina ya no ven a la Seguridad Social como algo extraño, sino que reconocen el importante papel que les corresponde en la solución de las necesidades de salud de nuestras poblaciones. Y después de muchos años de trabajar independientemente entre sí, como dos aisladas torres de marfil, comienzan a dialogar. Reconocen la necesidad que tiene una institución de la otra. Saben ahora que para que la una se desarrolle es necesario que la otra lo haga en la misma medida; que su misión ya no es de distanciamiento, sino de íntima relación. Ven los Seguros Sociales que su responsabilidad no es sólo la de recuperación de la salud perdida de sus afiliados, sino también la de hacer medicina integral: atender a la prevención y a la rehabilitación, así como a la medicina social; además, y muy importante, contribuir en gran medida a la formación de personal para la atención a la salud. Y los educadores médicos encuentran que deben preocuparse por ayudar a definir la organización de nuevos patrones, muchos de ellos dentro de los sistemas de Seguridad Social y que la educación médica no es simplemente un objetivo pedagógico sino que tiene que representar un poderoso instrumento para el desarrollo social y económico de los pueblos.

Este Congreso es una buena prueba de la comunicación que se ha establecido, afortunadamente, entre Seguro Social y facultades de medicina y que habrá de dar frutos de enorme beneficio en un futuro inmediato.

#### **NECESIDADES DE EXPANSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Es evidente la tendencia de los regímenes de Seguridad Social a extender la protección a grupos cada vez más amplios de la población; en realidad se tiende hacia la evolución de los programas de asistencia médica a otros mecanismos que permitan abarcar a la población total de un país.

Aún dentro del sistema actual de Seguros Sociales, se observa un aumento progresivo de su cobertura. Veamos los datos de Colombia. En el año de 1950 la población asegurada en el ICSS, representaba un 5.4% del total de la población asalariada. Esa proporción era de 13.7% en 1955 y de 16.6% en 1965. En 1969 en base a las proyecciones de población según el censo general de 1964, se estimaba que una de cada cinco personas asalariadas en Colombia estaba asegura-

da en el ICSS. Analizando cifras en términos de la población económicamente activa, se encuentra que la población asegurada en el ICSS, que en 1950 era de un 2.9% llegó a representar en 1955 un 7%; en 1965 un 9.5% y en 1969 alcanzó un 11.4% de la población económicamente activa. Sin embargo, referido a la población total del país, el Seguro Social que administra el ICSS, se estima que para 1969 cubriría solamente a un 3.4%.

## UNA NUEVA VISION DE LOS SEGUROS SOCIALES

Conviene advertir, sin embargo, que estudios detenidos hechos sobre esta materia en varios países de América Latina demuestran que si el Seguro Social continúa expandiéndose dentro de los mismos patrones que ha tenido en años anteriores, terminará en un fracaso económico. En la medida en que se expande, los costos son cada vez más crecientes y a menos que se encuentre una manera de disminuir esos costos, no será posible continuar la expansión, pues se correría el riesgo de llegar a un desequilibrio de tal magnitud que podría significar el derrumbamiento de la institución. Por otra parte, la limitación no es sólo la de los altos costos: tampoco podrá extenderse dentro del sistema actual por limitación de personal (médicos, facilidades hospitalarias, etc.).

Por esas razones, ante la necesidad que existe de extender los beneficios del Seguro Social, la conclusión es obvia **HAY NECESIDAD DE DISEÑAR NUEVOS SISTEMAS**. En consecuencia, habrá que definir las nuevas responsabilidades de la Seguridad Social. Necesariamente ha de hacer también, como se dijo antes, medicina preventiva y medicina social y entrar así en nuevos campos, hasta ahora descuidados, de la atención médica. Debe llevarse el concepto moderno de salud a la Seguridad Social y debe entenderse la responsabilidad en términos de la salud, comprendida como una totalidad de bienestar.

Pero ya se dijo que no es posible extender el Seguro Social dentro de los mismos patrones, basados fundamentalmente en el contrato entre la institución y el profesional, generalmente un especialista. Es necesario diseñar nuevos sistemas que permitan atender grandes núcleos de población y en lo que, además del especialista, el médico general y tal vez el médico de familia, cumplan papel preponderante.

## UNA EDUCACION MEDICA ADECUADA

Las facultades de medicina, por su parte, están ante la inaplazable obligación de revisar sus objetivos y por ende, sus sistemas de

enseñanza. Necesitan definir los distintos tipos de médico y de personal para-médico y auxiliar que hacen falta para atender a las nuevas concepciones en la atención a la salud y analizar con profundo sentido auto-crítico la estructura general de la carrera, su duración y la conveniencia de una diversificación temprana. Todo esto hace necesaria la posibilidad de transferencias entre las distintas carreras. La especialización de post-grado debe estar íntimamente ligada al programa de pre-grado. Los servicios de adiestramiento habrán de salir de los hospitales, ser volcados sobre la comunidad y prestar atención primordial a la formación extra-mural del médico. Deben también definirse diferentes tipos y habilidades del personal de salud para atender los distintos niveles de necesidad, que van desde la atención al enfermo que requiere cuidados altamente especializados, hasta el servicio a la comunidad.

La investigación, tanto en el campo científico como en el campo social, deberá ser parte muy importante de la enseñanza médica y merecer apoyo especialísimo por parte de la Seguridad Social. En este campo es necesario hacer mención especial de la necesidad imperiosa que tienen casi todos nuestros países de determinar criterios para la formación de especialistas, cuantitativa y cualitativamente determinados.

Las facultades de medicina tendrán que definir claramente su responsabilidad ante la formación del profesional auxiliar, que será necesario en número creciente en la medida en que la seguridad social abandone sus patrones tradicionales de atención médica. En materia de salud, se registra en todo el mundo una escasez de mano de obra, al tiempo que aumenta rápidamente la demanda de asistencia médica. Para remediar este problema, es preciso definir, entre otras cosas, las obligaciones de los médicos, odontólogos, enfermeras y demás categorías de personal de salud. Es sabido que muchas de las tareas efectuadas tradicionalmente por los médicos pueden confiarse, bajo su dirección, a personal auxiliar menos calificado; en esa forma, sin aumentar exageradamente los costos, se incrementa de manera notable el rendimiento en la atención médica.

#### EDUCACION GRADUADA Y CONTINUADA

Con el objeto de lograr una mejor utilización de los recursos y de trabajar de manera planificada y previsiva, los seguros sociales y las facultades de medicina están en la obligación de actuar conjuntamente en todo lo que se refiere a cursos de especialización y al diseño de programas de educación continuada.

En educación graduada, es un hecho de observación común en América Latina que el médico escoge su especialización siguiendo motivaciones de distinto orden, pero en ningún caso tiene oportunidad de encontrar una orientación que se base en las necesidades reales de lo que ha dado en llamarse el mercado profesional. Es muy frecuente observar que existe plétora en determinados rengones de las especialidades y que después de recibir un adiestramiento especializado y muy costoso, el médico se ve en la necesidad de atender consultorios externos o servicios domiciliarios, de medicina general. Con toda seguridad una labor coordinada entre facultades de medicina y Seguros Sociales, encontraría una solución racional a este problema.

En lo que se refiere a cursos de especialización que puedan organizarse en íntima colaboración con los institutos de seguros sociales, es digna de especial mención la vasta experiencia que posee en este campo el Instituto Mexicano de Seguros Sociales. Los cursos para graduados son, en realidad, la actividad docente que presenta mayores facilidades y ofrece mejores perspectivas para ser realizada en los institutos de la seguridad social.

En el caso de los programas de educación médica continuada es general el concepto de que los Seguros Sociales, por la calidad y número de sus instalaciones, están en capacidad de desarrollarlos en gran escala. Estos programas son también campo ideal para un trabajo cooperativo, estrecho y fructífero, entre Seguros Sociales y facultades de medicina.

En algunos sitios de América Latina se llevan a cabo distintas actividades de educación continuada, como ciclos de conferencias, cursillos o pasantías para adiestramiento en habilidades específicas y distribución en material bibliográfico. Es de desear la generalización de estos programas, dirigidos no solamente al personal de los seguros sociales, sino a todo el cuerpo médico y personal de salud de los países.

## RESUMEN

1. Los países latinoamericanos han adoptado el concepto de la seguridad social como parte de una política económico-social de los gobiernos. Dentro del campo particular de los seguros sociales, existe la tendencia a ampliar la cobertura de sus beneficios y a revisar los sistemas tradicionales vigentes.
2. El aislamiento recíproco en que han venido funcionando las facultades de medicina y los seguros sociales, debe desaparecer.

cer. Se estima de gran valor y de beneficio para ambas instituciones el establecer mecanismos permanentes de cooperación en lo que se refiere a patrones de atención médica, necesidad y formación de personal para la salud.

3. En cuanto a la formación de personal, dados el estado actual y el desarrollo previsible para el futuro de la seguridad social, así como el papel que tocaría desempeñar a las instituciones de los seguros sociales, es necesaria la planificación conjunta —con las facultades de medicina—, en la determinación de los tipos y niveles de personal para la atención a la salud, del número adecuado que debe adiestrarse y de los planes de estudios más convenientes, de acuerdo con la realidad de cada país.
4. Las facultades de medicina, ante las necesidades de la seguridad social y por razones poderosas de índole educacional, tienen motivos más que suficientes para revisar perentoriamente sus objetivos y adaptarlos, de manera dinámica, a la situación presente y futura de los países, en los campos de su desarrollo socio-económico, de las demandas crecientes de asistencia en investigación de salud y de los nuevos sistemas de atención médica.
5. La Seguridad Social y en ella los Seguros Sociales, manifiestan una franca tendencia a la expansión; pero ésta requiere no sólo el mejoramiento en personal humano y en instalaciones físicas, sino una MODIFICACION RADICAL EN SUS PATRONES DE ATENCION MEDICA, que le permitan cubrir y proteger sectores cada vez más amplios de la población.

Ese cambio se justifica además, por el hecho de que al extenderse el Seguro Social, los costos son cada vez más crecientes y a menos de que se encuentre una manera de disminuirlos, se corre el riesgo de llegar a tal desequilibrio que podría significar el derrumbamiento de la institución.