

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

INTRODUCCION	9
PONENCIAS OFICIALES	15
“LA ENSEÑANZA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS UNIVERSIDADES” Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social Dr. Ricardo R. Moles	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 Dr. José Félix Patiño Dr. Luis Manuel Manzanilla	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 Dr. Gastón Novelo	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) Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa	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 Dr. Nilo Vallejo	139
SEMINARIOS:	
“FUNCION SOCIAL DE LA REHABILITACION COMO FACTOR DE LA PRODUCTIVIDAD” Ponencia Oficial de la Organización Internacional del Trabajo Srita. Hilary Schlesinger	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 Act. Hernando Pérez Montaz	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 Dr. José María Segovia de Arano	207
RELATO FINAL	
Dr. Rafael González Pacheco Relator General del Congreso	219

**SEGUNDO CONGRESO AMERICANO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

BOGOTA, COLOMBIA

21-27 de junio de 1970

PONENCIAS OFICIALES

EDUCACION SOCIAL Y SANITARIA DE LA POBLACION EN LA PLANEACION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Ponencia Oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana

DR. NILO VALLEJO

I. INTRODUCCION

La Salud es el producto de una perfecta armonía entre el hombre y su medio biológico, físico y social. En el ciclo vital de los seres humanos, los estados de salud y de enfermedad se alternan como consecuencia de las variaciones de los mecanismos de adaptación al ambiente.

De acuerdo con este concepto ecológico, los problemas de salud son el resultado de la combinación de diversos factores biológicos, económicos, históricos, culturales y educacionales cuyo peso específico varía de país a país y aún, dentro de cada país, de región a región. Por eso, como lo ha destacado el Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Abraham Horwitz, los diversos sistemas empleados para resolverlos deben tener iguales características, es decir, las de un servicio médico social, adaptado a las comunidades de las que es parte integrante y a las que sirve.

Esto explica por qué en las Américas el sector salud es atendido no sólo por los ministerios o secretarías de salud que tienen la responsabilidad constitucional de establecer y normar la política de salud de los gobiernos sino también por los sistemas de seguridad social y la asistencia social, aparte de las instituciones privadas de atención médica.

II. LA NUEVA DIMENSION DE LA MEDICINA

Es un hecho histórico que los progresos de la ciencia y la tecnología relacionados con la preservación y restauración de la salud, así como el auge que han alcanzado los estudios sobre los aspectos sociopsicológicos y culturales de la medicina y la salud pública, han movido,

no sólo a los cultores de las ciencias de la salud sino también a la misma colectividad, a preocuparse más y más en la indagación de aquellos factores que condicionan el comportamiento en salud de los grupos humanos beneficiarios. Los novísimos conceptos sobre medicina preventiva y sobre trabajo interdisciplinario en un campo tan complejo como el de la salud, han determinado cambios sustanciales en las funciones del hospital moderno que ahora cumple funciones de medicina preventiva y social, además de las tradicionales de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Si se mira bien, es fácil comprobar que las actividades de los médicos generales y de los especialistas tienen profundas derivaciones hacia la profilaxia y que son grandes las ventajas de una aplicación sistemática y constante de los conocimientos y técnicas de que se dispone en la actualidad. En verdad, la prevención de la enfermedad exige algo más que conocimientos y técnicas; demanda un conocimiento y una comprensión de los factores que condicionan los estados de salud y de enfermedad. Como dice René Dubos, quien se interesa en los problemas de la salud y la enfermedad debe tener presente tanto los aspectos universales de la biología humana como la diversidad social de los problemas médicos. Si bien es cierto que, debido a su semejanza biológica, todos los hombres son potencialmente propensos a sufrir las mismas clases de enfermedades y pueden derivar beneficios de iguales tipos de atención médica, la experiencia, sin embargo, muestra que cada región geográfica, cada tipo de sociedad o cada grupo económico o cultural se caracteriza por su propio tipo de enfermedades y tiene especiales necesidades médicas. Desde el punto de vista médico, añade Dubos, el hombre es de ordinario más el producto de su ambiente que de su dotación genética. No es la raza lo que determina la salud del pueblo, sino las condiciones de su vida.

III. LA CONTRIBUCION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

Como se ha visto, el trabajo actual en el campo de la salud no sólo demanda saber cómo diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente las enfermedades y prevenir en lo posible su ocurrencia sino también prescribir e interpretar correctamente los problemas del medio físico, psicológico y social que influyen en la adaptación del hombre a su habitat, así como prescribir la acción correctiva y preventiva necesaria para la conservación de la salud de su clientela en el más alto grado. El trabajo en salud es cada vez más complejo y abarca nuevos campos y disciplinas, por lo que requiere el enfoque interdisciplinario de un equipo

de especialistas, cada uno de los cuales posee competencia especial en un área determinada pero cuyas acciones dentro de la programación deben ser armonizadas y sistematizadas para responder a los propósitos de los programas de salud.

Para cumplir sus propósitos, los sistemas de salud requieren de la comprensión y el apoyo de los varios grupos humanos envueltos, esto es, de su propio personal, de las personas que reciben beneficios y de la comunidad en general. Como se verá más adelante, uno de los obstáculos más importante en América Latina para el desarrollo de los servicios de atención médica ha sido y es la escasez de personal capacitado y aprestado para un servicio eficiente, lo que ha impedido en muchos casos inducir en sus miembros un espíritu nuevo y una actitud mental más en consonancia con los requerimientos de la sociedad.

En cuanto a los beneficiarios de las prestaciones de salud, los trabajadores comerciales e industriales urbanos han recibido atención preferente en las instituciones de seguridad social; los trabajadores de establecimientos industriales aislados (minas, yacimientos petrolíferos, ingenios azucareros) también disponen de servicios de salud de buena calidad técnica prestados por hospitales organizados y mantenidos por las respectivas empresas que no sólo atienden al afiliado sino también a sus familiares. Los trabajadores agrícolas pocas veces disponen de servicios proporcionados por la seguridad social y son atendidos por lo común en los servicios de salud gratuitos de los hospitales de beneficencia o de los organismos nacionales de salud dependientes de los ministerios de salud. Los empleados públicos y privados, por estar mejor organizados y más conscientes de sus propios derechos, exigen un trato acorde con su importancia social y pretenden la creación de servicios propios dentro de sus instituciones de seguridad social. Debido a los prejuicios de clase, los empleados particulares algunas veces no quieren mezclarse con los empleados públicos y ambos desean mantenerse separados de los obreros. Esta actitud, debida a la distancia social, se ve favorecida por la diversidad de regímenes de seguridad social (existencia de seguros sociales especialmente destinados a empleados y obreros en algunos países) y por la desigualdad de prestaciones reconocidas por la ley a los diferentes grupos laborales (como sucede con el personal ferroviario, las fuerzas armadas, la policía). Aún hay más: hay gremios que pretenden una atención médica más individualizada, en particular en los consultorios externos y a veces también en la hospitalización. Asimismo, suelen reclamar una mayor libertad en la elección del hospital o clínica que los ha de aten-

der, así como una participación cada vez mayor en la administración de los servicios encargados de las prestaciones médicas para tener la garantía de una atención médica de buena calidad.

Es en estos grupos, que son los consumidores reales de los servicios de salud, donde se requiere concentrar la acción educativa para armonizar sus intereses y percepciones del problema con los de las instituciones de salud. En cuanto a la comunidad en general, se requiere mantenerla constantemente informada e incentivada, porque la existencia de una opinión pública bien informada y orientada es fundamental para la creación de una sólida conciencia sobre las ventajas de una atención médica integral que incluya la protección y la promoción de la salud y que tienda a brindar la máxima cobertura posible mediante una inteligente utilización de los recursos disponibles.

IV. CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD

Educación para la salud es fundamentalmente un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera favorable las actitudes y a influir en el comportamiento de los individuos y los grupos en materia de salud. Entraña los mismos principios que rigen todo aprendizaje; debe haber motivos para aprender; el aprendizaje habrá de tener un valor determinado y exige que participe quien aprende.

En el pasado la educación para la salud estaba enfocada primordialmente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Durante los últimos años ha habido un interés cada vez mayor para aplicar los conceptos y técnicas educativas en todos los tipos de sistemas de atención médica y en todas las categorías de pacientes.

El papel educativo del hospital moderno ha sido delineado, discutido y defendido en muchos trabajos aparecidos en diversos países. Un informe de la Asociación Americana de Hospitales destaca la creciente responsabilidad del hospital para la comunicación que es esencial en la buena atención del paciente y para la enseñanza de la salud y la enfermedad a los pacientes, sus familiares y la comunidad en general. Al parecer, los servicios de consultorio externo de un hospital proveen excelentes oportunidades para la educación de los pacientes.

Los factores psicológicos, sociales y culturales son elementos importantes en muchos problemas médicos y de salud. Sin una apreciable información sobre el paciente, su familia, sus experiencias, percepciones, valores, motivos y creencias no es posible desarrollar un apro-

piado programa educativo. Como Kasey y McMahon han establecido, "si agrupamos a los pacientes para aprender de acuerdo con sus enfermedades y males, entonces tenemos que tomar en cuenta las diferencias en los individuos y proveerles una variedad de experiencia de aprendizaje. . . Enseñar a todos los pacientes la misma cosa del mismo modo es como si sus necesidades, experiencias y percepciones fueran idénticas. Entonces llamar buena educación a esto es como si todos los cardíacos recibieran la misma medicina, dieta y calendario de actividades y, a pesar de eso, la llamáramos buena atención médica.

"Esto nos lleva a hablar del papel del enfermo. Una serie de estudios en diversas partes del mundo han mostrado que los seres humanos, aun cuando tengan los mismos síntomas desde el punto de vista médico, tienden a reaccionar y actuar bajo la influencia de una variedad de normas, valores, creencias, temores, y esperan premios y castigos, esto es, en términos de los costos y beneficios ofrecidos por el papel social de la persona enferma".

Hay multitud de estudios en relación con el papel del paciente en el hospital y el tipo de enfermedad que padezca. Por ejemplo, la relación entre clase social y reacción ante la incapacidad ha sido estudiada por Dow, quien llega a la conclusión que cuanto más bajo es el estrato social del paciente más grande es el énfasis en lo somático y, por lo tanto, más pesimística es la reacción ante la incapacidad, y viceversa. El concepto de comportamiento en la enfermedad y su relación con el desarrollo de programas de educación para la salud ha sido estudiado por Mechanic. El se hace dos preguntas básicas: ¿Cuáles son los factores que afectan la aparición o la no aparición de presuntos enfermos en la consulta médica para un apropiado y oportuno diagnóstico? ¿Cómo pueden estas personas ser influidas en forma más oportuna por programas de divulgación y de educación en salud? Al tratar de contestar la primera interrogante, Mechanic concluye que, para algunas enfermedades que aparecen en las estadísticas médicas, estos factores podrían ser los patrones de comportamiento en la enfermedad imperantes en la localidad, así como los acontecimientos en la situación de cada caso, como son la presentación de cierta sistomatología molesta. Y puntualiza la urgencia de aprender mucho más sobre las varias actitudes, valores y definiciones sociales que se aplican a los síntomas y de qué manera estos factores influyen en el papel del paciente.

Los ejemplos de estudios sociopsicológicos que se acaban de señalar muestran la conveniencia de llevar a cabo investigaciones sobre

los aspectos sociales de la atención médica que hasta ahora, en casi todos los países latinoamericanos, son muy escasos o prácticamente nulos. Por ejemplo, se requiere conocer más sobre el modo en que los pacientes organizan sus defensas cuando por primera vez perciben los síntomas de trastornos en su salud, puesto que éste es un factor básico para determinar si el individuo buscará la atención médica y en qué momento lo hará. Esto es importante en el momento actual, cuando ciertas enfermedades degenerativas tipo neoplasias están comenzando a constituir serios problemas de salud en algunos países latinoamericanos y se requiere un diagnóstico precoz para controlar la enfermedad con mayores probabilidades de éxito. Roberto ha desarrollado un esquema de referencia para la consideración de las fuerzas que operan para que el paciente busque un diagnóstico precoz. Los criterios de decisión importantes son aquellos relacionados con la observación, interpretación, discusión, primera acción para buscar atención médica y la subsecuente acción en relación con el tratamiento instituido. Señala la importancia de las fuerzas que determinan la decisión del individuo, tanto externas como internas, y el papel decisivo de las personas influyentes que pueden formar parte de estas fuerzas y quienes pueden ser elementos claves en cualquier actividad educativa destinada a establecer un puente entre la decisión adoptada por el paciente y la acción consiguiente para buscar la atención médica inmediatamente después que han aparecido los primeros síntomas de enfermedad.

V. EL PROCESO EDUCATIVO EN SALUD

Las consideraciones anteriores permiten ver claramente cómo existe analogía entre la educación para la salud, considerada como un proceso que conduce al cambio de comportamiento de los individuos, y la práctica de la medicina. Mientras la medicina es el arte de aplicar las ciencias biológicas para preservar y/o restaurar la salud del individuo, la educación para la salud es el arte de aplicar un conjunto de conocimientos igualmente básicos como medios o formas de que la gente adquiera información, desarrolle ciertas actitudes y cambie su comportamiento en la esfera de la salud.

Por consiguiente, la educación para la salud, si ha de ser efectiva, requiere hacer un diagnóstico particular de cada situación particular antes de prescribir un tratamiento. Las fallas que, por desgracia, se pueden observar en algunos de los servicios de educación para la salud en América Latina se deben primordialmente a la tendencia en algunos

a escoger o preferir la misma técnica educativa cuando está demostrada su eficacia en un determinado caso o situación, dando por hecho que va a ser igualmente útil en todas las situaciones en que se aplique. Esta misma tendencia podría observarse en la práctica médica, cuando, en vez de hacer primeramente el diagnóstico de la enfermedad, el facultativo prefiera usar una asociación de drogas tipo disparo de escopeta.

Para los propósitos de este documento, conviene esclarecer algunos conceptos relativos a los objetivos, funciones y actividades de educación para la salud. Esta es una especialidad que, en esencia, persigue aplicar principios educacionales, para promover cambios de comportamiento con respecto a la salud en los niveles del individuo, la familia y la comunidad. Implica un proceso educativo esencialmente dinámico, que se expresa en una consideración científica y práctica de dos elementos fundamentales. Por una parte, analiza recursos educativos para estimular y canalizar procesos de enseñanza-aprendizaje con miras a alcanzar los cambios requeridos para recuperar, proteger y promover la salud. Por otra parte, examina la función que la conducta humana cumple como condicionante de los estados de salud y enfermedad. En este sentido, la educación para la salud no es un fin en sí misma sino un método básico de salud. Para cumplir sus propósitos, la educación para la salud utiliza los conocimientos y técnicas aportados por las ciencias de la salud, la educación de adultos, las ciencias de la conducta y el trabajo social. Para hacer el diagnóstico educativo de la situación de salud se precisa una serie de datos sobre los factores sociopsicológicos, económicos y culturales que gravitan en los problemas de salud en una localidad. Por lo general esta información la suministra el especialista en ciencias de la conducta cuya orientación es la investigación para buscar la verdad. Con esta información, el educador en salud contribuye a hacer el diagnóstico educativo de la situación de salud y a instaurar el tratamiento educativo de los problemas de salud en cuestión. Por lo común se considera al educador como un experto en organización de la comunidad, medios de comunicación de masas y en trabajo con grupos. Se olvida la importancia de su contribución como diagnosticar de los problemas de índole social y educativa que entran las acciones de salud. Se olvida también el valor de su aporte en el planeamiento de los programas de salud de los que la educación para la salud es un componente esencial.

VI. LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PROCESO DE PLANIFICACION EN SALUD

En un reciente Seminario de Educación y Planificación en Salud celebrado en Paracas, Perú, bajo los auspicios de la OMS/OPS, al debatirse este punto se reconoció que los factores culturales, sociopsicológicos y educativos gravitan junto con aquellos de naturaleza económica y técnica en todas las etapas del proceso de planificación en salud. Condicionan de manera preferente las actitudes de los individuos y de los grupos sociales frente a este proceso y a los cambios que conlleva. Buen número de los problemas que impiden el desarrollo económico y social en todos sus sectores derivan de estas actitudes y se reflejan dentro de los sistemas institucionales productores de bienes y servicios y en la comunidad consumidora o beneficiaria de esa producción.

El proceso de planificación es, en esencia, cambio social. Esta difícil tarea —según señaló el seminario aludido— implica enfrentarse inevitablemente con el cuadro de problemas de la conducta social de individuos y comunidades, en cada sector económico-social, en cada esfera de acción y en todos los niveles donde los procesos de planificación tienen lugar.

Todo el proceso de planificación, desde la formulación de estrategias para su establecimiento y la creación de situaciones o condiciones favorables, hasta la elaboración de planes, ejecución y evaluación de los programas, se desenvuelve dentro de una estructura político-administrativa dada. Las características y dinámica de estas estructuras están condicionadas por factores que casi siempre se ocultan tras la presencia de acontecimientos circunstanciales más visibles. Tales factores tienen su origen en la evolución de los países, en sus estructuras de producción, poder, y niveles de formación. Las estructuras político-administrativas constituyen un contexto socio-cultural que tiene el efecto de moldear la conducta de sus integrantes. En virtud de este contexto, las motivaciones, actitudes, creencias y percepciones de los individuos son, en gran medida, productos de su vida de grupo.

Por otro lado, todo el proceso de planificación se cumple básicamente en dos ámbitos: el sistema institucional del sector y la comunidad o población donde estos servicios se consumen.

La estructura administrativa institucional requiere procedimientos administrativos eficaces, sistemas de comunicación expeditos y ade-

cuada racionalización y definición de responsabilidades, para que sea posible el normal funcionamiento del proceso de planificación y en él puedan participar activa y efectivamente todos los cuadros profesionales de salud. Los procedimientos administrativos de una estructura institucional sólo adquieren vida en cuanto los cumplen los individuos y los grupos sociales que la constituyen. Las deficiencias de funcionamiento administrativo tienen sus causas verdaderas en factores que corresponden mucho más a la esfera de los mecanismos que regulan la conducta individual y colectiva de los distintos grupos profesionales existentes, que a los esquemas formales de organización. Además, las actividades de los sistemas institucionales, dada la complejidad tanto de la problemática de la salud como del desarrollo científico y tecnológico, sólo pueden producirse eficientemente mediante un trabajo multidisciplinario en todos los niveles, caracterizado por expresiones específicas de conducta tales como: contribución activa de los grupos profesionales en todas las fases del proceso de planificación; preparación adecuada de los núcleos técnicos y profesionales de acuerdo con sus responsabilidades y funciones; actitudes favorables con carácter permanente durante todo el proceso administrativo, en particular, para combinar esfuerzos mediante el trabajo conjunto de todos los grupos que componen la estructura administrativa; y por último, una disposición para aceptar, en la organización institucional, los cambios internos que el propio proceso de planificación requiere. El proceso de participación social que todo lo anterior implica se traduce esencialmente en una labor de aprendizaje que tiene lugar, en la mayoría de los casos, en grupos e individuos convenientemente motivados. Los numerosos problemas que surgen en este aspecto derivan casi siempre en formas inadecuadas o poco auténticas de participación social. En consecuencia, es necesario considerar dentro del contenido de planes y programas las acciones conducentes a estimular la participación de todo el personal de salud, en todos los niveles administrativos y técnicos. Para ello se requiere una información precisa de las características y variaciones que las motivaciones presentan dentro de los diversos grupos, así como de la forma en que ellas están pautadas por variaciones culturales y contextos sociales de las instituciones. Cabe destacar el papel de los factores culturales y sociopsicológicos que condicionan las características de la demanda de servicios por parte de la comunidad.

Para que el proceso de planificación se cumpla es necesario contar con el apoyo y participación de la comunidad o población consumidora

directa de los servicios de salud. Se viene acentuando la importancia de esta participación, especialmente de los grupos humanos del medio rural. Las dificultades y limitaciones para formular planes que incluyan la utilización de los recursos de la comunidad, así como el incumplimiento de las metas y prioridades fijadas con criterios exageradamente técnicos, ponen de manifiesto dos aspectos importantes en la formulación de los planes: por una parte, la imperiosa necesidad de no omitir la participación de la comunidad en las actividades de planificación, y por otra, la inconveniencia de imponer de manera irrestricta ideas y prácticas de salud en las comunidades sin una consideración previa de sus características sociales y culturales.

En consecuencia, el proceso de planificación en salud, requiere que los técnicos que en él participan adquieran también, además de otros conocimientos tradicionalmente considerados necesarios para su formación y capacitación continuada, aquellos que les permitan abordar esta compleja gama de problemas que hay detrás de todos los aspectos formales de su trabajo. En términos de su contenido, este conocimiento puede ser expresado en sus dos componentes principales: a) principios y técnicas educativas que suponen la consideración de factores culturales, sociales y psicológicos; y b) elementos propios de las ciencias de la conducta, elaborados específicamente para las actividades concretas que exige la planificación en salud. Estos conocimientos están relacionados fundamentalmente con las ciencias de la conducta y la educación.