

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Números 80 - 81

MARZO - JUNIO

1973

MEXICO, D. F.

ACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS
ERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO
E 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

	Página	
INTRODUCCION _____	9	
PROGRAMA OFICIAL _____	13	
CEREMONIA INAUGURAL _____	21	
RELACION DE DELEGADOS _____	35	
PRIMERA SESION PLENARIA _____	45	
Tema: MEDICINA PREVENTIVA. PROGRAMAS DE PROTECCION. PROGRAMACION Y FOMENTO DE LA SALUD. Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social. Dr. Gastón Novelo. Dr. Rafael Sánchez Zamora _____		47
SEGUNDA SESION PLENARIA _____	111	
Tema: LA EVOLUCION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA O.I.T. Y LA DE LOS SISTEMAS PARA LA PROTECCION DE LA SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AMERICAS. Ponencia Oficial de la Oficina Internacional del Trabajo. Sr. M. Stilon de Piro. Dr. Milton I. Roemer _____		113
TERCERA SESION PLENARIA _____	197	
Tema: ASISTENCIA MEDICA. ORGANIZACION Y FUNCIONA- MIENTO EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION. Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Dr. Luis Castelazo Ayala _____		199
CUARTA SESION PLENARIA _____	281	
Tema: PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.		

PRIMERA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Jorge Abadía Arias
Director General de la
Caja de Seguro Social. Panamá.

Vicepresidente:

Dr. Fioravanti Alonso Di Piero
Presidente de la Comisión Regional
Americana Médico Social.

Secretario Técnico:

Dr. José Guillermo Ros-Zanet
Subjefe del Servicio de Pediatría
Caja de Seguro Social. Panamá.

TEMA :

MEDICINA PREVENTIVA. PROGRAMAS DE
PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE
LA SALUD.

PONENTE:

COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO
SOCIAL

DR. GASTON NOVELO
DR. RAFAEL SANCHEZ ZAMORA

MEDICINA PREVENTIVA, PROGRAMAS DE PROTECCION,
PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD.

I. ANTECEDENTES Y ACUERDOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON LA PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD.

1.—*Los Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social.*

La organización de los Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social, forma parte de las actividades de la Comisión Regional Americana Médico Social, órgano conjunto de acción técnica de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

En el Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social realizado en la ciudad de México, en enero de 1969, con el auspicio del Instituto Mexicano del Seguro Social, estuvieron representadas las instituciones de 22 países americanos y asistieron delegados de otros continentes: Alemania, Bélgica, España, Holanda, Inglaterra, Italia, Portugal y Suecia, entre los países europeos; Costa de Marfil y Túnez, de Africa; la India, Irán y Filipinas de países del Asia y del Oriente. Se consideraron tres secciones: médico social, médico científica y seminarios, en las que se trataron temas doctrinas y operativos de los servicios médicos y se revisaron en un programa de alto nivel académico, los más importantes aspectos de la medicina actual en todas sus especialidades.

En su informe final produjo consideraciones y recomendaciones que muestran la evolución y el cambio de las instituciones y administraciones de seguridad social en los países latinoamericanos en la organización de sus servicios médicos, para integrar programas de prevención, curación y rehabilitación de la población amparada; reconociendo que la medicina institucional es un factor del progreso médico científico, con organización adecuada, para satisfacer las exigencias de la medicina social.

El Segundo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, organizado por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, tuvo lugar en la ciudad de Bogotá en junio de 1970. Contó con la participación de 493 representantes de 22 países americanos, que con sus aportaciones y experiencias subrayaron la importancia que dan las instituciones de seguridad social a la formación de recursos humanos; tal como se expresó en el tema central: "Seguridad Social y Educación Médica".

Se consideró que era indispensable estimar la contribución de la seguridad social a los programas docentes para la salud y necesaria la participación en estos

eventos de organismos internacionales, rectores en la región americana de la formación médico social de los recursos humanos para la salud. Para cumplir con este propósito actuó como convocante la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, lo que propició la asistencia de distinguidas personalidades médicas en el campo de la docencia y la investigación.

El Tercer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, con sede en la ciudad de Panamá, permite con el auspicio de la Caja de Seguro Social, tratar en noviembre de 1972, un programa que considera como tema central: "La Prestación Médica Integral en la Seguridad Social", que será revisado en sesiones plenarias, mesas redondas y grupos de trabajo. Es muy interesante resaltar que los documentos base para la discusión, han sido preparados por representantes seleccionados por los organismos internacionales siguientes: Comisión Regional Americana Médico Social, Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Asociación Internacional de la Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Internacional del Trabajo, Organización de los Estados Americanos, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, Organización Iberoamericana de Seguridad Social, y Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá.

Este procedimiento contribuye a la aplicación de los acuerdos de la V Reunión de Coordinación de Actividades de la Seguridad Social en las Américas, celebrada recientemente en México en septiembre de 1972, que recomendó la participación conjunta de organismos internacionales en la región americana.

Por lo anterior el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Asociación Internacional de la Seguridad Social, expresan su reconocimiento a la gran contribución que significa la participación de los organismos internacionales mencionados, que en acción coordinada, favorecen la superación del médico por la convivencia intelectual, el intercambio de experiencias y el establecimiento de normas apropiadas con bases científicas, para la mejor utilización de los recursos en la salud colectiva. Es además alentador el efecto que produce, como dinámica constante, el progreso de la medicina; que obliga a la transformación y evolución permanente de la aplicación de las prestaciones médicas de los seguros sociales y conduce a la aplicación de una medicina integral que comprende la prevención de los padecimientos, la atención de las enfermedades, la rehabilitación y readaptación de las personas afectadas; así como la formación de recursos humanos, con orientación adecuada, para incorporarse a las instituciones de servicio que surgen de acuerdo con la política social de cada país.

La presentación del tema: "Medicina Preventiva. Programas de Protección Promoción y Fomento de la Salud", ha sido encomendada a la Comisión Regional Americana Médico Social.

Lo anterior obedece a la importancia que la Asociación Internacional de la Seguridad Social y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, han dedicado al estudio de los principios doctrinarios y acuerdos internacionales, que sustentan la evolución permanente y aplicación del concepto del Derecho a la Salud.

2.—*El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social.*

En la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud en 1946, se proclama que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social"; y que como punto básico "los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".

En estos principios doctrinarios destaca por su importancia el concepto de salud unitario y amplio, que recomienda un carácter integral y adecuado de la política de salud con la aplicación de la medicina social.

Es muy interesante revisar la coincidencia de otras Declaraciones y acuerdos internacionales de aceptación mundial y algunos emanados de reuniones continentales en la región americana, en lo que respecta a recomendaciones de políticas de bienestar social, salud, seguridad social y asistencia médica.

Es así, como la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en su Declaración de Santiago de Chile, en 1942, recomienda en su Resolución número 8, relativa al Seguro de Enfermedad que: "el seguro de enfermedad debe otorgar una asistencia médica eficaz que proporcione a los asegurados y a sus familiares, todos los recursos de la ciencia moderna para el cuidado y fomento de la salud y para distinguir y tratar enfermedades desde sus primeros síntomas".

La Conferencia Internacional del Trabajo, en la reunión celebrada en Filadelfia en 1944, en su Recomendación 69 sobre asistencia médica, precisó objetivos y métodos para inspirar y organizar el otorgamiento de prestaciones médicas. En su contenido se advierte una orientación hacia la medicina integral y consagra el derecho a la salud en términos que son aplicables a la época actual. En su parte introductoria recuerda el enunciado de la Carta del Atlántico que

prevé “la más completa colaboración entre todas las naciones en el campo económico, con el objeto de asegurar, para todos, mejores condiciones de trabajo, progreso económico y seguridad social”.

En sus principios generales al referirse al carácter esencial del servicio de asistencia médica, además de señalar la importancia de restablecer la salud y prevenir el desarrollo posterior de la enfermedad, aspecto curativo; concede especial mención a la medicina preventiva, al señalar la importancia de conservar y mejorar la salud.

En resumen puede aceptarse que reconoce el derecho a la salud, recomienda la integración de la medicina preventiva y curativa y la coordinación de los servicios de asistencia médica del seguro social con los de los ministerios de salud.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948, en su Artículo 25, apartado 1, dice: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tienen asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Lo anterior se refiere tanto a los programas de salud como a los de seguridad social y señala que la coordinación de acciones médicas y sociales, son factores determinantes para elevar el nivel de vida de los individuos.

Por otra parte el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso de 1961, al referirse a la protección y defensa de la salud recomienda, entre otras medidas, la organización y administración de servicios integrando las funciones de prevención y curación, con el objeto de promover la investigación científica en los campos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Muy importante como evidencia del pensamiento y la tendencia en el Continente Americano, es recordar lo expresado por un grupo asesor de la Organización Panamericana de la Salud, que en 1962 define la política de salud como un todo indivisible, vinculado estrechamente al medio ambiente físico, económico y social.

Reflexionar sobre estos enunciados que siguen siendo vigentes, es una de las mejores justificaciones del tema central del III Congreso Americano de Medi-

cina de la Seguridad Social y en particular de este documento, que pone de manifiesto que los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social son impulsores de la medicina integral; que es preventiva, curativa, rehabilitadora y social.

3.—*Coordinación de los Servicios de Atención Médica.*

En la región americana, en la última década, uno de los aspectos que más preocupa a los organismos internacionales y a los gobiernos, es encontrar los procedimientos para utilizar mejor sus recursos humanos, materiales y económicos para aplicar normas administrativas que permitan establecer la política de salud más adecuada en cada país, tomando en cuenta todas las formas de asistencia médica que existen.

Esta situación es muy diversificada en los países en vías de desarrollo, donde se han llegado a mencionar hasta diez modalidades de programas de servicios de asistencia médica, en un informe reciente de un Comité Mixto de Expertos de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Organización Mundial de la Salud.

El estudio de la coordinación ha merecido una especial atención, para determinar una política de salud. Por tal motivo, en diferentes ocasiones, se han realizado reuniones para revisar las relaciones entre los programas de las instituciones de seguridad social y las secretarías o ministerios de salud u otros organismos gubernamentales de salud.

La prioridad que ha merecido estimular y orientar la coordinación de la acción médica en América Latina, justifica los frecuentes grupos de estudio, mesas redondas, seminarios y congresos, que han auspiciado la Organización Panamericana de la Salud, la Organización de los Estados Americanos, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.

Es recomendable consultar, como referencias muy importantes los informes finales de los grupos de estudio, convocados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos en 1965 y 1969, en la ciudad de Washington; en los cuales se realizó la revisión histórica de los obstáculos que han impedido una buena coordinación, la importancia de la salud en la planificación del desarrollo, la cobertura de las prestaciones médicas de la seguridad social y la tendencia a la uniformación de sus regímenes, el costo y

financiamiento, y la necesidad de disponer de información adecuada.

Como consecuencia del análisis de los puntos mencionados, se discutió posteriormente como tema de coordinación específico para la formulación y ejecución de una política de salud, el otorgamiento de prestaciones de salud y el desarrollo de recursos humanos.

Uno de los grandes avances alcanzados está expresado en el informe final del grupo de estudio convocado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos, que con asistencia de representantes de la Oficina Internacional del Trabajo, del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, expresó en 1969, lo siguiente: "La coordinación en el desarrollo de los recursos humanos debe contemplar tanto los aspectos técnicos y financieros como los de formulación de una política básica en el campo del sector salud", agregando; "el desarrollo de recursos humanos no puede ni debe ser responsabilidad de una sola organización y de hecho constituye parte del proceso más amplio de planificación de la salud. Los sectores salud (ministerios de salud e instituciones de seguridad social) y educación (ministerios de educación y universidades) deben coordinarse para esta planificación".

La VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en la ciudad de Panamá en 1968, en el informe relacionado con el tema: "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico Social"; en su resolución número 69, recomendó entre otras cosas, la creación de un organismo de planificación nacional en el que participen las instituciones que tengan conexión con el sector salud.

En el Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, realizado en 1969 en la ciudad de México, se trató la aplicación y resultados de los programas de coordinación entre la seguridad social y los ministros de salud pública, y en su informe final se insistió en los resultados de avance que se obtienen en la planificación nacional de la salud, cuando funcionan "Comités Mixtos de Trabajo", que estudian las posibilidades de coordinación en diferentes áreas médico sociales, para proponer medidas de aplicación práctica desde el punto de vista social, económico y administrativo; señaló además, que una estructura legal debe respaldar los sistemas de coordinación establecidos.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social en el mismo año, en su Mesa Redonda Mundial celebrada en Oaxtepec, México, preparó un docu-

mento para valorar "La Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública". En su declaración final quedó expresado:

"Que los sistemas de seguridad social basados en una solidaridad colectiva organizada, contribuyen de una manera potencial a los objetivos de una política integrada de salud, reconociendo el derecho a la salud como uno de los postulados básicos de su esquema de prestaciones económicas, médicas y sociales".

"Que es de importancia primordial para el cuidado de la salud y para el mejor aprovechamiento de las estructuras y de los recursos que se destinan a este fin, el establecimiento de sistemas eficaces de colaboración y de complementación, a nivel nacional e internacional, entre los organismos gestores de la salud pública y de la seguridad social, por medio de comisiones mixtas de coordinación, de comités técnicos para el estudio de problemas comunes y de instrumentos de planeación y ejecución conjuntos".

"Que en razón de la insuficiencia de medios técnicos y financieros que disponen las instituciones de salud pública y de seguridad social, es deseable que todos estos medios se pongan a disposición del conjunto de la población, sobre la base de una coordinación entre los diferentes organismos interesados".

En abril de 1971 en el Seminario sobre Formación de Personal de Salud, convocado por la Organización de los Estados Americanos, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina; se analizaron los programas de educación en las instituciones encargadas de formación de personal de salud, en relación con las instituciones de seguridad social; y las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal de salud por parte de las instituciones de seguridad social. Resultaron conclusiones muy interesantes que ponen de manifiesto la necesidad impostergable de intensificar los medios de intercambio de información, comunicación en general y contactos especiales entre las instituciones de seguridad social, ministerios de salud, las facultades de medicina y otros organismos de educación de personal sanitario.

Puede afirmarse que existe la conciencia que debe planificarse la política de salud en el plano nacional y coordinarse la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. En América Latina es concenso unánime, la idea de planificar la política social y económica para garantizar un desarrollo equilibrado, lo que significa la necesidad de contar con una orientación definida para formar criterios institucionales, actitudes humanas y programas docentes,

para que el cuidado de la salud se imparta en servicios que tengan como base la aplicación de la atención médica integral.

El primer capítulo de este documento, tiene la finalidad de encontrar en la acción de los organismos internacionales, la justificación doctrinaria e histórica de tratar de un Congreso Americano, como tema central: "La Prestación Médica Integral en la Seguridad Social".

En lo que respecta al documento preparado por la Comisión Regional Americana Médico Social: "La Medicina Preventiva. Programas de Protección Promoción y Fomento de la Salud"; es indudable que los antecedentes mencionados y los resultados obtenidos especialmente en las reuniones de coordinación de la atención médica, ponen de manifiesto que, precisamente en la Medicina Preventiva, se han obtenido significativos avances en las relaciones entre la seguridad social y los ministerios de salud; y que son numerosos los países donde existen ejemplos de Comisiones Mixtas de Medicina Preventiva.

En la región americana la acción coordinada de los organismos internacionales que se ocupan de la salud y de la seguridad social, recomiendan como política bien definida, los programas de prevención médica por ser un factor determinante para los programas de desarrollo socioeconómico. Las necesidades de prevención son prioritarias tomando en cuenta la frecuencia de las enfermedades infecciosas, los deficientes controles sanitarios del ambiente, la necesidad de informar al público sobre nutrición infantil, eliminación adecuada de las excreciones y de insectos vectores de enfermedades, la urgencia de inmunizaciones que son vitales, el cuidado epidemiológico de contactos humanos, la investigación y detección de parasitosis intestinal, paludismo y otras enfermedades transmisibles, sobre las precauciones para evitar la difusión de infecciones crónicas, y los programas para impulsar la asistencia prenatal.

Todas estas medidas preventivas son más fáciles de aplicar si se combinan con los medios terapéuticos; cuando los servicios preventivos se prestan en el mismo lugar en que se trata a los enfermos, es muy probable que la población y el personal de la salud aprecien mejor el valor extraordinario de la prevención.

Por todas estas razones —que por otra parte son de sobra conocidas— en los seguros sociales de la región americana con sistemas directos de organización, es decir institucionales; existe la tendencia de establecer una política definida de medicina integral, donde la medicina preventiva adquiere una dimensión muy especial al incorporar a estas tareas al personal de salud en su totalidad: médico, paramédico y auxiliar.

Estos argumentos apoyan lo expresado en numerosas reuniones internacionales de seguridad social, en el sentido que los procedimientos y estrategias para organizar los servicios de atención médica, no pueden transplantarse teóricamente de una región a otra, tienen que adaptarse y encontrar los esquemas apropiados de acuerdo con las condiciones económicas, sociales, culturales y tradicionales de cada país en lo particular.

La Medicina Social aplicada por las instituciones de servicio, apoyada en las declaraciones internacionales y las experiencias nacionales, adquiere una nueva dimensión en humanismo; sustentada en la solidaridad social, que resiste las críticas mal orientadas, al gestar valores culturales nuevos y normas de vida que al promover la salud con calidad y suficiencia, procuran al hombre niveles más elevados de bienestar.

Para la Caja de Seguro Social de Panamá y el Presidente del III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, doctor Jorge Abadía Arias y el distinguido grupo de funcionarios que se encargó de la organización de este acontecimiento de trascendencia continental, y muy especialmente para el Gobierno de la República de Panamá, el Conité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Asociación Internacional de la Seguridad Social, dejan constancia de gratitud y especial reconocimiento, porque crearon un escenario que interrelaciona a los organismos que proporcionan servicios médicos a grandes sectores de la población, como son los ministerios de salud pública y las instituciones de seguridad social, que en conjunto con las facultades y escuelas de medicina, tratan de encontrar los procedimientos para desarrollar programas por los cuales se conceda la atención médica integral para hacer vigentes las medidas sanitarias y social que se requieren para un bienestar colectivo justo y para el desarrollo y progreso de los países latinoamericanos.

II.—FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS.

1.—*El desarrollo de la seguridad social y su proyección en los programas de prevención.*

Los sistemas de seguridad social siempre han obedecido implícita o explícitamente a una política de prevención y se han constituido en uno de los principales instrumentos para el progreso social y económico de los países de América. Su desarrollo ha producido resultados de gran importancia para elevar los nive-

les de vida y de trabajo, tanto de los asegurados y sus familiares como de la población en general.

Los seguros sociales en su etapa inicial cumplían una política de reparación del daño ocasionado por los riesgos en los trabajadores urbanos de la industria, otorgaban a los asegurados atención médica para restaurarles la salud y ayuda económica para garantizarles medios de subsistencia en caso de disminución y pérdida de su capacidad de ganancia. Debe enfatizarse que en esta política inicial, ya se apunta el propósito de prevención pues se tenía como objetivo la preservación del trabajo como factor económico nacional.

Estos sistemas de solidaridad colectiva, por su finalidad reparadora de daños en los riesgos de enfermedad y accidente, dieron origen a la prestación médica como uno de sus primeros recursos y muy pronto se interesaron en contribuir al estudio de las causas de los riesgos así como a dilucidar los perjuicios que causaban tanto en el organismo humano como en los aspectos económico sociales. De estas investigaciones surgió potenciada una política de prevención del riesgo.

Con esta política se pretende proteger al individuo contra los riesgos de la alteración de la salud; ya no se trata sólo "curar" y "compensar" sino de organizar un acción sanitaria y social que impida la realización de los riesgos bio-socio-económicos.

La seguridad social en su evolución se orienta a la prevención: su tendencia es no sólo asegurar al individuo contra la enfermedad, sino protegerlo contra la inseguridad causada por la alteración de su capacidad de trabajo y ganancia.

Los sistemas de seguridad social con esta proyección, elevando sus objetivos, ampliando sus planes y programas, incrementando y perfeccionando sus medios de acción, esforzándose por beneficiar con la asistencia médica a los familiares del trabajador; han llegado a establecer como meta alcanzar una adecuada protección del bienestar de los asegurados.

En la actualidad puede apreciarse que la seguridad social sigue dos políticas fundamentales.

— *una política preventiva*, para proteger al hombre contra los riesgos de incapacidad que provocan condiciones de vida y de trabajo incompatibles con sus exigencias biológicas, y

— *una política de promoción humana*, ya que la seguridad del hombre

no depende solamente de una protección económica, sino también de sus propias capacidades de trabajo, de su calificación profesional, de su educación sanitaria y social y de su nivel cultural.

Con estas bases, se ha operado una evolución del primitivo seguro social con servicios médicos para los trabajadores —exclusivamente con fines curativos—, a las modernas instituciones de seguridad social que garantizan el derecho a una prestación de medicina integral que comprende: la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación de las personas inválidas.

El desarrollo de la seguridad social y la evolución señalada en la transformación y mejoramiento de la prestación médica con la acción preventiva, han acontecido mediante la influencia de factores doctrinales, sociales, económicos, de organización y aprovechando en todas sus fases el progreso de la medicina en las últimas décadas; además, la asistencia médica ha encontrado, en los esquemas directos de organización de las instituciones de seguridad social en la región latinoamericana, el marco socio económico apropiado para apoyarse y proyectar a niveles de superación sus concepciones y realización en beneficio de los asegurados, con lo que se ha modificado favorablemente el nivel de vida y las condiciones de salud de sectores cada vez más numerosos de la población.

En el presente las instituciones de seguridad social americanas están empeñadas en crear una infraestructura de salud congruente con la política de prevención médica, que posibilite la prestación de una asistencia médica integral, con propósitos de promoción de salud, de satisfacer la creciente demanda de servicios, de buscar cambios en las situaciones incompatibles con la vida sana y de contribuir al mejoramiento del ambiente.

2.—*La prevención para la salud y la medicina preventiva.*

El concepto de prevención es muy amplio y puede ser aplicado en distintos campos de la actividad humana. Cuando se aplica a la salud utiliza técnicas que pueden no ser de naturaleza médica, como las relacionadas con el saneamiento del medio, la educación, la vivienda, la nutrición, la legislación sanitaria, entre otras, cuando así sucede se define como *la prevención para la salud*.

Cuando se refiere a todas las técnicas médicas, aplicadas al individuo como unidad, para la prevención específica, el diagnóstico precoz y la educación para la salud que totalmente están dentro de la esfera de acción del médico y del

personal paramédico, independientemente del sitio en que laboren, es cuando se concreta en la *prevención médica o medicina preventiva*.

La medicina preventiva busca promover o mejorar la salud de los individuos, prevenir las enfermedades y la invalidez, y evitar que estas situaciones progresen.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, son los dos primeros objetivos —específicamente preventivos— dirigidos hacia la población en estado de salud. Prevenir la invalidez y evitar la progresión de ésta en particular y de las enfermedades en general, son propósitos relacionados con el individuo enfermo.

De acuerdo con los conceptos anteriores la medicina preventiva ejerce su acción tanto en el individuo sano como en el enfermo, lo que por una parte amplía el campo de acción de la medicina, que anteriormente sólo comprendía a los enfermos y ahora pasa a cubrir a toda la colectividad; y por otra parte, implica la participación de todos los médicos, cualquiera que sea su especialización, en actividades de tipo preventivo.

Las funciones de la medicina preventiva son:

La educación higiénica, fundamentalmente dirigida a personas sanas o aparentemente sanas, con el propósito de mejorar sus hábitos y condiciones de vida y trabajo en beneficio de su salud; su finalidad es la promoción de la salud.

Esta función también debe practicarse con el enfermo que, en muchas ocasiones, está en condiciones de especial receptividad por haber sido víctima de la enfermedad o el accidente, causados por ignorancia o transgresión a los principios preconizados para una buena salud.

Se puede realizar la educación para la salud, en forma individual o bien dirigirse a grupos organizados. Cada una de estas formas tiene sus ventajas y sus indicaciones. Al médico le corresponde realizar, en su atención rutinaria al paciente, labor individual en la entrevista con el enfermo y con sus familiares.

La prevención específica, es la segunda función y la más claramente identificada por el médico. Entre algunas de sus actividades más conocidas pueden citarse: las vacunaciones, la administración de sal yodada en las zonas en que el

bocio es endémico o de vitaminas A y D en las regiones en que el raquitismo constituye un problema, la aplicación de fluor para evitar la caries dental.

La detección, entendida como una búsqueda intencionada de manifestaciones patológicas, antes de que sean francamente ostensibles para el médico o para el enfermo, es la tercera función de la medicina preventiva. Su importancia va en aumento debido al incremento de los padecimientos de evolución prolongada, que pasan inadvertidos en sus fases iniciales.

La detección es distinta del diagnóstico y se realiza habitualmente en grupos numerosos de personas sanas o aparentemente sanas y sólo permite separar a grupos de personas sospechosas de estar afectadas por la enfermedad que se busca, para iniciar un cuidado adecuado que evite la evolución patológica. Ejemplos que pueden citarse: las encuestas serológicas, el censo torácico y la aplicación para estos fines de algunos exámenes citológicos.

Las anteriores son las funciones estrictamente preventivas y que son realizadas en individuos aparentemente sanos.

El diagnóstico correcto y oportuno de los padecimientos y su tratamiento adecuado, o sea lo que constituye la labor habitual del médico, es otra importante función de la medicina preventiva al permitir que todos los médicos —en su dedicación tradicional en el campo de la actividad curativa— mediante sus orientaciones y sus cuidados eviten las complicaciones, las secuelas y recaídas y la invalidez.

Al practicar la medicina es imposible separar la prevención de la curación. Por eso, todos los médicos deben ejercer y ejercen la medicina preventiva junto con la medicina general o con cada una de sus especialidades, a que se dedican. Este concepto es aplicable tanto al médico que ejerce aisladamente en su consultorio como al que lo hace en las instituciones sociales de servicio, donde las técnicas de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación se aplican en beneficio de la población en general.

Ahora bien, son pertinentes las siguientes consideraciones:

- La medicina, como profesión, es única e indivisible.
- Todo acto médico debiera estar orientado a cumplir fines educativos, preventivos, curativos y aún rehabilitatorios en los casos procedentes.

- La medicina preventiva es un concepto y una actitud, que debe formar parte de todo acto médico, no es de ninguna manera una nueva especialidad y menos aún una disciplina separada del resto de la medicina.
- La medicina preventiva como actitud debe prevalecer sobre cualquiera otra en la determinación de la política de las instituciones de medicina social y en la mentalidad de todos los médicos. Toma el valor de un criterio general para orientar los servicios médicos y ser una verdadera filosofía de la vida profesional médica que obliga no sólo a luchar contra la enfermedad, sino a trabajar activamente para que la salud sea postulada como condición y como meta de la organización social.

Los conceptos anteriores, además, deben tener honda repercusión en el curriculum de las escuelas o facultades de medicina. Para lograr que los médicos tengan la formación requerida, adquieren relevancia junto a las ciencias médicas tradicionales, la epidemiología, la ecología, todas las disciplinas que condicionan el ambiente, así como las ciencias de la conducta como la sociología, la antropología, la psicología social y la pedagogía. Esta es recomendación aceptada para que la enseñanza básica de la medicina, con todos los medios disponibles desarrolle la personalidad del futuro médico.

Se requiere que los médicos adquieran la capacidad y la decisión para realizar una medicina integral, estudiando y resolviendo, con la misma dedicación y competencia, los problemas patológicos, los humanos y los ambientales, lo que significa la finalidad de la formación profesional del médico, proteger y fomentar la salud del individuo y de la colectividad.

3.—*Consecuencias económicas de la política de prevención médica.*

Las instituciones de seguridad social en la región americana, sustentadas en sistemas directos para la organización de sus servicios médicos, se han ido compenetrando, cada vez más, de su responsabilidad de mantener a los asegurados en niveles adecuados de bienestar —propósito de los Programas de Protección, Promoción y Fomento de la Salud— para su plena realización física e intelectual. Así mismo, tienen la preocupación de que cada individuo represente un factor económico de producción y constituya un elemento de la población económicamente activa.

Por lo anterior, dentro de las posibilidades de sus recursos financieros, tratan de cumplir el principio que establece que: “todo régimen de seguridad

social que otorgue atención médica a su población —de acuerdo con el concepto moderno de medicina, ciencia integral e indivisible—, debe necesariamente incluir dentro de dicha prestación la medicina preventiva, junto con la curativa y de rehabilitación”.

De acuerdo con esta política de prevención médica, no es admisible que la población protegida con derecho a asistencia médica, sólo tenga acceso a los servicios cuando se ha producido el estado de enfermedad y no en los casos en que requiere, por ejemplo, de la prevención específica.

Por otra parte, en países de limitados recursos, no es razonable aplicar en ocasiones tratamientos tardíos, muy onerosos y en ocasiones sin éxito, cuyo costo podría haber sido aplicado a los programas de prevención; sería conveniente evitar el empleo del potencial económico de las instituciones en el desarrollo de técnicas destinadas a utilizarse en unos cuantos casos de excepción; en cambio, es recomendable financiar programas permanentes de fomento y promoción de la salud entre los sectores de la población que están más necesitados de que los recursos disponibles se inviertan racionalmente en su provecho.

En los sistemas indirectos de organización de la asistencia médica en la seguridad social, donde los servicios curativos son remunerados directamente a médicos privados o de los hospitales locales, es difícil desarrollar programas de medicina preventiva y la acción de prevención tiene que ser encomendada a otros organismos de salud pública que se relacionan con el control sanitario del ambiente.

Esto acontece en algunos países industrializados que conservan la tradición de la práctica privada de la medicina, donde la gran mayoría de los facultativos ejercen la profesión en sus consultorios particulares, situación que dificulta su proyección organizada a la colectividad para prestar servicios de medicina preventiva. Por lo anterior, puede afirmarse que el objetivo principal de los sistemas indirectos, es el tratamiento de la enfermedad, alejándose de los propósitos de la medicina integral.

Las prestaciones médicas del seguro de enfermedad se administran con gran cuidado desde el punto de vista económico y las relaciones que se establecen con los otros seguros de un sistema de seguridad social poco se toman en cuenta, lo que significa una independencia muy marcada en el financiamiento de cada rama de seguro. En consecuencia en los países desarrollados, la estrategia básica de prevención es diferente por los niveles de bienestar alcanzados, por sus características genéticas, ambiente social, costumbres, instrucción, vivienda, relaciones

personales, medios de transporte y recursos financieros, que cambian en su conjunto la patología social.

Por esas razones, es explicable que tomen decisiones sobre la participación de la seguridad social en la política de prevención médica que no pueden ser adoptadas por instituciones de seguridad social de los países en vías de desarrollo, especialmente los de América Latina, que tienen servicios médicos organizados por el sistema directo y con instalaciones propias, cuyas poblaciones viven en condiciones ambientales muy diferentes; por lo anterior, es difícil aceptar la recomendación de algunos expertos que al plantear el problema de la rentabilidad de la prevención, consideran a la medicina preventiva un campo experimental por el cual no puede aventurarse una institución de seguridad social sino con prudencia.

Es evidente que si se pueden evitar las enfermedades o los accidentes, será mejor que recibir un tratamiento médico de gran calidad en caso de enfermedad. También debe aceptarse, considerando la población en su conjunto, que la prevención no es necesariamente ni más fácil ni más económica que un tratamiento médico. No obstante, existen estudios de la economía médica, ciencia que investiga en la actualidad con gran interés, el valor económico del hombre medio y las pérdidas materiales y potenciales que para un país significa la enfermedad, la invalidez y la muerte; la economía médica sustenta la tesis de que todo lo que se invierta racionalmente en la prevención es ahorro nacional, ya que permite prolongar la existencia potencialmente activa de la población y por consiguiente su productividad.

La enfermedad causa perjuicios, que dependen de la naturaleza y gravedad del padecimiento pero también de la actitud personal frente al mismo y de las condiciones de vida y de trabajo del enfermo. Es un mal social, que repercute negativamente causando daños: el enfermo pierde su capacidad de trabajo y de ganancia, disminuyendo los ingresos familiares, la comunidad sufre pérdidas en la producción, y las instituciones de seguridad social, tienen que realizar erogaciones en la atención médica, en los subsidios de enfermedad y en otros beneficios que otorgan.

La importancia económica de la enfermedad, queda significada y se valora en relación al número de individuos que inhabilita para el trabajo.

En algunos países industrializados, que han realizado estudios al respecto, se calcula que es mayor la pérdida económica que significan las ausencias de los trabajadores por enfermedad, que las pérdidas ocasionadas por las huelgas y paros industriales. De los estudios se desprende que las enfermedades consideradas

banales, las más comunes y las menos graves, son las que ocasionan mayor ausentismo al trabajo, tales como padecimientos de vías respiratorias superiores, amigdalitis, gastroenteritis, caries dentarias, dismenorrea, entre otras; aunque también ciertas enfermedades crónicas como las cardiovasculares, renales, gastrointestinales y tuberculosis, entre las más comunes, gravitan negativamente en la economía nacional.

Debe destacarse que hay enfermedades y accidentes más invalidantes que otros; la invalidez puede ser parcial o total, temporal o definitiva. Para medir la repercusión económica de la invalidez se deben valorar: su grado, su duración, la edad en que se produce, las consecuencias sobre el núcleo familiar y los recursos económicos que se invierten para rehabilitar y pensionar al inválido (Esquema No. 1).

En el esquema se hace patente que el costo por caso, aumenta en forma sucesiva y gradualmente creciente, desde el caso prevenido hasta el caso pensionado. Así mismo, se aprecia que para evitar que se llegue a un estado de incapacidad permanente, que obliga al otorgamiento de pensiones —que gravitan prolongamiento en la economía de las instituciones— los asegurados deben estar protegidos de una manera sucesiva y escalonada por el conjunto de las medidas de medicina preventiva, de la medicina curativa y de la rehabilitación.

El número de muertes que se produce en un país tiene importancia indiscutible desde el punto de vista médico y de salud pública, pero también la tiene desde el punto de vista económico. Desde este último, las defunciones tienen importancia en cuanto a su frecuencia numérica y en cuanto a la edad en que se producen, el sexo, la ocupación, las condiciones de normalidad del individuo fallecido, la condición económica de la familia. Aunque es irrefutable que una muerte prematura significa la cancelación definitiva del derecho al cabal disfrute de una existencia normal y a la longevidad, desde el punto de vista económico, el significado social de la muerte es diferente en relación a los factores ya citados. Si muere un niño antes de alcanzar la edad productiva se pierde todo el gasto realizado en él. Si muere un anciano, ya invalidado para el trabajo, el hecho adquiere menor importancia económica para la sociedad. Por eso tienen últimamente, gran importancia las llamadas "tasas de mortalidad proporcional". Si muere un trabajador, en la etapa de plena productividad, la repercusión económica y social de su fallecimiento es de mayor trascendencia que la defunción de un adulto inactivo y dependiente. Si muere una madre embarazada, el hecho es grave porque involucra también la muerte del hijo y el desamparo de los otros hijos.

La mortalidad general elevada influye negativamente en el valor económico que se asigna a la vida humana.

INTERRELACIONES MEDICO ECONOMICAS

MEDICINA PREVENTIVA			
CASOS PREVENIDOS			CASOS NO PREVENIDOS
	MEDICINA CURATIVA		
	CASOS CURADOS	INCAPACITADOS	
		REHABILITACION	
		CASOS REHABILITADOS	INVALIDOS
		PENSIONADOS	
COSTOS POR CASO PREVENIDO			
COSTOS POR CASO CURADO			
COSTOS POR CASO REHABILITADO			
COSTOS POR CASO PENSIONADO			

La prevención médica es, con base en lo asentado, un factor positivo en la economía médica. Es uno de los instrumentos para que el individuo al disfrutar de plena salud, encuentre satisfacción de vivir en el hecho de ser útil y productivo para la sociedad y el bienestar general.

No obstante, esta finalidad económica no puede ser la meta de la medicina integral. La importancia de las consideraciones anteriores está en las repercusiones económicas de la prevención médica y tienen como finalidad poner de manifiesto que su rentabilidad está justificada, al permitir con su proyección a la comunidad, el desarrollo óptimo de la personalidad del individuo en un ambiente de bienestar social.

4.—*Influencia de los adelantos científicos y técnicos en la acción preventiva sanitaria y social.*

El progreso científico, extremadamente lento por siglos y prodigiosamente acelerado en los últimos años, con amplios conocimientos en el campo de la Biología, de la Psicología, de la Antropología y de la Sociología, así como de todas aquellas disciplinas científicas que nos informan del ambiente, del medio físico y social, ha permitido resolver algunos enigmas y hasta establecer las leyes que rigen la presentación de distintos fenómenos que son unos favorables y otros contrarios a la salud del hombre. A su vez, los adelantos de la técnica capacitan para intervenir en la sucesión de tales fenómenos, para interferir o nulificar los adversos y para fomentar, encauzar y vigorizar los favorables.

Pero para hacer realidad tan alentadoras posibilidades se requieren recursos humanos debidamente capacitados para la investigación biomédica y social, que aúnen a sus conocimientos y sólida preparación en la ciencia y la tecnología, unidad de propósito y coordinación en la acción, lo que se va haciendo realidad en su integración en equipo dentro de las instituciones. Pero además, se requiere del apoyo de una sociedad que habiendo creado esas instituciones, propicie la organización del equipo aludido, proporcionándole los recursos materiales, edificios e instalaciones específicos, equipo e instrumental, adecuados y de frecuente renovación, para estar acordes con los descubrimientos científicos y con los acontecimientos sociales que caracterizan la época actual.

Asimismo, es necesario tener presente que es obligada una coordinación entre la investigación y la posibilidad de aplicar a corto plazo los descubrimientos. Lo anterior obliga a tomar conciencia del hecho de que los descubrimientos tienen una importancia en el plano práctico, que son susceptibles de aplicarse con amplitud, pero que existe la posibilidad de provocar indirectamente, para bien o para

mal, modificaciones en la estructura misma de la sociedad. Lo que debe exigir la preocupación de crear una ética científica.

El avance de las ciencias médicas señala perspectivas más amplias y tareas más extensas a la medicina preventiva. Los panoramas epidemiológicos cambian conforme progresa la ciencia y se aplica nueva tecnología, lo que exige métodos y técnicas diferentes en la acción preventiva y social.

También, es muy importante, una formación básica del médico que permita, con su dedicación, hábito de estudio y su cada vez más cimentada competencia técnica y profesional, asegurar la adaptación de sus conocimientos y actitudes a cualquier cambio sanitario y social; resolviendo así, los obstáculos que plantea el empleo de nuevos procesos para alcanzar los elevados objetivos de la salud y el bienestar de las comunidades.

Las actuales orientaciones en la prevención para la salud, trasponen las fronteras tradicionales del saneamiento básico y de la protección específica contra los padecimientos transmisibles; los problemas del medio humano han evolucionado, desde los agentes contaminantes microbiológicos hasta los ocasionados por una variada gama de amenazas de reciente aparición asociadas a los agentes tóxicos, el ruido, las radiaciones ionizantes, los peligros mecánicos y los debidos a la aglomeración de la población, la pobreza, la ignorancia, la toxicomanía y la delincuencia, entre cuyas consecuencias se cuentan el cáncer, las fracturas y quemaduras, el envenenamiento, la alienación, los defectos genéticos y las lesiones cerebrales.

Es de común observación que aún en las áreas de menor desarrollo o en las llamadas zonas de depresión socioeconómica, se encuentran junto a tradicionales estados de insalubridad, los nuevos elementos de contaminación ambiental y procesos morbosos degenerativos que exigen modernas técnicas en su detección y tratamiento, e incluso padecimientos que inciden en el desarrollo psíquico y en las funciones genéticas. Lo anterior, está obligando a una revisión a fondo de la naturaleza de los padecimientos y su evolución, a la luz de nuevos descubrimientos científicos y tecnológicos, y consecuentemente a tener al día el inventario de recursos que deben emplearse para su control o erradicación.

Por tan importantes transformaciones por el desarrollo de la ciencia y de la tecnología, se ha iniciado una nueva era con nuevos cauces para la medicina y su acción preventiva, entre los que pueden ejemplificarse como muy significativos: la aplicación de técnicas electrónicas y de computación a los procesos biológicos y sociales y el avance en el conocimiento, que cada vez se hace más completo, de la materia viva, merced a los descubrimientos bioquímicos que

permiten reconocer los principios fundamentales de la conservación y de la evolución de las especies.

Los equipos y técnicas de computación y de cálculo, convenientemente aprovechados, son la base de la informática médico-social que representa el procesamiento de la información sobre los riesgos que afectan la salud. Permiten, además, que las tareas de los laboratorios clínicos y de la investigación se realicen con facilidad y rendimiento máximos, abatiendo costos, simplificando técnicas y posibilitando que puedan aplicarse en forma colectiva, lo que favorece la detección.

Los equipos de registro de constantes biológicas, con selección de parámetros según el fenómeno en estudio, han hecho posible la instalación de servicios de cuidados intensivos, para enfermos que por su estado de gravedad o por estudios de investigación, requieren de vigilancia cuidadosa y constante. Esto tiene importantes implicaciones en la prevención de la invalidez y la muerte.

El conocimiento más preciso de la estructura y de los procesos biológicos de los organismos, promete la posibilidad de intervenir en padecimientos hasta ahora prácticamente irreductibles, y someter al ajuste de la previsión, el porvenir saludable o patológico de las nuevas generaciones.

Por lo tanto, si se quiere proseguir y ampliar los logros de una acción preventiva y social a la comunidad, han de apoyarse a los programas que combaten las estructuras ancestrales de insalubridad, pero al mismo tiempo se tendrá la inquietud de encontrar nuevas y superadas soluciones a viejos y nuevos problemas de salud; y, sobre todo, el propósito de establecer en las instituciones de salud y de seguridad social la idea y la práctica de que la medicina preventiva no es sólo un conjunto de técnicas y procedimientos, sino un método para el mejor aprovechamiento de los recursos en favor de la salud, lo cual significa una inspiración en particular para que las instituciones de seguridad social en la organización de sus servicios médicos, adopten la estrategia adecuada, que se aparta de la administración clásica de los seguros de enfermedad general, maternidad y riesgos profesionales.

5.—*Importancia de la acción preventiva en la medicina integral de la seguridad social.*

Los trascendentes cambios sociales de la época actual: el crecimiento demográfico explosivo, la migración urbana excesiva y desordenada, el incremento de la movilidad social y de las comunicaciones, la influencia creciente de la publicidad y el consumo, y la generalización de una doctrina pragmática y demo-

crática; así como el progreso sin precedente de la medicina, con nuevos procedimientos para el diagnóstico precoz y para la prevención de las enfermedades, mayores conocimientos sobre la etiología y la epidemiología de padecimientos que afectan a grandes sectores de la población, la aparición de nuevos y numerosos agresores a la salud y la necesidad de planear y organizar la asistencia médica dentro de los cauces de la medicina social, han dado nacimiento a una nueva filosofía médica.

Esta nueva filosofía está expresada en el concepto de Medicina Integral, que por una parte considera al individuo en su totalidad, lo interpreta al través de su propia ecología y como miembro de grupos sociales interactuantes; que debe ser practicada con la más alta calidad, que exige aplicación no sólo de las técnicas más eficaces con los procedimientos de administración más racionales y la actitud de servicio más adecuada, y que tiene como objetivo la garantía de la salud y mejoramiento de la especie humana, en lo individual y lo colectivo, con invariable respeto a los derechos y dignidad de cada persona.

El prestigio de la medicina curativa es muy grande por sus logros, en ocasiones espectaculares, y en ella ha encontrado el médico la razón fundamental de su profesión; pero también ya es generalmente admitida la trascendencia e importancia biológica y social de la medicina preventiva.

La medicina que fue clásicamente curativa hasta las primeras décadas de este siglo, por sus variados aspectos psicológicos, sociales y educativos ha tenido que ir abriendo paso a una concepción actual, que postula la acción preventiva y se preocupa por la rehabilitación.

La medicina integral considera en todo problema de salud un pasado y un presente y se proyecta hacia la sociedad y hacia el futuro del hombre como individuo diferenciado en permanente desarrollo. La prevención, por consiguiente, es una de sus acciones fundamentales.

La medicina preventiva en su primera etapa se preocupó fundamentalmente de evitar que se presentaran algunas enfermedades, es decir, de la prevención específica tradicional; posteriormente, extendió su campo de acción para evitar o corregir factores ambientales y problemas sociales peligrosos para la salud. Actualmente, en una etapa más avanzada, participa en las condiciones de vida y de trabajo que permiten la promoción de la salud. El papel que hoy se le asigna al médico ya no es sólo el de proteger o restaurar la salud sino también el de crear nuevas normas de vida para la superación del hombre.

Esta nueva cultura de la salud, en que destacan por su trascendencia los aspectos de prevención médica, influye en la población protegida que, cada vez más, manifiesta su aspiración de que se le eviten los sufrimientos de la enfermedad con una prevención eficaz. Actualmente, las instituciones de seguridad social de latinoamérica, sufren esta presión que las obliga a integrar sus operaciones en el campo de las prestaciones médicas con programas de protección, promoción y fomento de la salud.

Por otra parte ya se ha afirmado el principio de que para las instituciones es más eficaz y más humano desarrollar una política preventiva y de promoción de la salud, que resignarse a la indemnización pasiva por la incapacidad.

Mediante esta política se fortalece el propósito de que la medicina en la seguridad social no sólo aumente su dimensión técnica, sino que propicie el desarrollo de su dimensión social, con sentido humanista. En consecuencia se acepta el concepto moderno de la medicina integral que realiza actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. (Cuadro No. 1)

Es alentador observar la justificada preocupación de las instituciones de seguridad social de los países latinoamericanos, por hacer llegar a la población asegurada los beneficios de las prestaciones de medicina integral, que pone en evidencia la transformación social que se manifiesta en las sólidas bases, de una infraestructura de los servicios médicos —que como parte de la política económica y social de los gobiernos— contribuyen al desarrollo armónico y el bienestar de la población.

Así, la prevención médica ha ampliado el campo de aplicación de la medicina. Tradicionalmente la medicina se enfocaba a la parte de la colectividad afectada por los procesos mórbidos, actuaba en el sector de enfermos o inhabilitados. Las grandes posibilidades de la prevención en sus campos de la promoción y fomento de la salud obligadamente se enfocan a la colectividad y mediante la educación para la salud y el mejoramiento del ambiente cimentan sólidamente el estado de salud de la población en general.

Esta es una reorientación de la prestación médica con una nueva tendencia médico social, para que de beneficio limitado a las clases laborantes se pase a su proyección a la comunidad al través de la prevención médica, de la formación de recursos humanos para la salud, de la investigación bio-médica y de las repercusiones económicas de la restauración al sector de consumo de los asegurados incapacitados, entre otros aspectos importantes.

CUADRO No. 1

Actividad	I	II	III	IV	V
Foco	Colectividad	Personas sanas.	Personas sanas.	Enfermos	Personas incapacitadas y que dependen de otros.
Clase	Control del medio.	Protección de la salud.	Promoción y Fomento de la salud.	Atención Médica	Protección social (bienestar social).
Ejemplos	Saneamiento ambiental, vivienda.	Control de enfermedades transmisibles, inmunizaciones, descubrimiento de enfermedades asintomáticas.	Higiene materno - infantil, higiene mental, nutrición educación sanitaria.	Atención a cargo del médico, atención hospitalaria, programas especiales de atención médica para la tuberculosis y enfermedades mentales.	Rehabilitación profesional, protección social y económica de los incapacitados e indigentes.

Organización Panamericana de la Salud — "Administración de Servicios de Atención Médica". Publicación Científica No. 129. — Feb. de 1966. —

Ahora bien, el enfoque de los problemas de salud ya no se hace desde el reducido binomio médico-enfermo sino a partir del más evolucionado y técnico, equipo médico institucional —núcleo familiar con proyecciones a la comunidad. Eso permite una nueva concepción y una nueva prevención médica, que rebasa los estrechos límites de la acción aislada e individual, por la acción organizada para realizar actividades de salud pública en los sistemas de seguridad social. Tanto más si se consideran las prestaciones sociales que se proyectan a toda la población, esté o no asegurada, pues entonces la prevención médica para proteger a cada asegurado se ve potenciada con los programas en favor del bienestar familiar.

En esta forma se va evolucionando de una política de medicina preventiva individual a una política de salud pública en la seguridad social.

La acción médico preventiva, por lo tanto, queda destacada como prioritaria y muy trascendente en la medicina integral de la seguridad social.

III. EL MEDICO FAMILIAR INSTITUCIONAL Y SU PROYECCION EN LOS PROGRAMAS INTEGRALES MEDICO SOCIALES.

Para otorgar prestación médica integral se requiere un equipo de personal de salud institucional con organización dinámica, encargado de aplicar los programas de protección, promoción y fomento de la salud a los asegurados y sus beneficiarios, y establecer las relaciones humanas indispensables con el medio familiar y con el medio social. Este sistema debe operar tanto en las unidades médicas requeridas para los servicios de consulta externa y hospitalización, debidamente coordinadas, como en los domicilios en la comunidad de la población protegida.

El eje del sistema es el Médico Familiar que es un médico general integrado al equipo institucional, con la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de un grupo de núcleos familiares en número determinado. Es el enlace entre los asegurados y el sistema y con su actuación procura establecer las necesarias relaciones efectivas y de confianza.

Entre las funciones más importantes del médico familiar institucional, deben mencionarse las siguientes:

- Tomar las decisiones, apoyado en las normas institucionales, para la conveniente protección de la salud de los núcleos familiares confiados a su cuidado.

- Aplicar las técnicas de la medicina preventiva en su labor rutinaria, concediendo especial atención a la educación para la salud. Estas actividades debe realizarlas tanto en las unidades médicas como en la comunidad.
- Diagnosticar oportunamente las enfermedades e indicar la terapéutica requerida.
- Enviar al paciente a los especialistas o al hospital cuando el caso lo amerite.
- Orientar a la población a su cargo para la utilización adecuada de los recursos del sistema.
- Participar activamente en su educación médica continua y en investigaciones médico sociales.

Para la utilización óptima de los recursos institucionales en la prestación médica integral no es aceptable el criterio de la libre elección del médico por la población protegida; en cambio es recomendable un procedimiento de adscripción adecuado para la atención de la familia por médicos generales permanentes. La aplicación de este tipo de atención por el mismo médico, que comprende como parte destacada la asistencia domiciliaria, origina una modalidad de prestación de medicina integral que no sólo persigue el progreso tecnológico y científico, sino también el desarrollo de una nueva actividad del médico para tratar los problemas individuales en su interrelación con el grupo familiar y con el grupo social.

El hecho de que el médico familiar trabaje con grupos de población protegida más o menos fijos, le proporciona mayores posibilidades para conocer sus variados aspectos psicosomáticos y culturales así como los diversos factores del medio físico y social; permitiéndole constituirse en elemento básico para la protección y la investigación de los riesgos médico sociales en la comunidad.

Además, el médico familiar institucional cada vez se orienta más a la prevención de las recaídas, a medida que se tiene un conocimiento más completo de la etiología de los padecimientos, de los efectos nocivos ambientales y que se concede la importancia debida a las condiciones de vida y de trabajo, de alimentación, de ejercicio y actividades recreativas.

El médico familiar institucional tiene las mejores posibilidades para llegar a conocer mejor la personalidad de sus pacientes, así como factores predisponentes individuales y del ambiente que le permiten orientar la educación social y

sanitaria. Si su actividad curativa es importante, también se debe considerar que es inevitablemente un educador; que además de curar al enfermo debe reincorporarlo a la comunidad con su capacidad de trabajo restaurada, responsable de su propia salud y consciente de sus deberes sociales. Por eso debe realizar una acción sanitaria y social cotidiana y ampliamente difundida.

La acción sanitaria y social no es solamente la organización de un equipo destinado a satisfacer cierto número de necesidades cuantitativas y cualitativas de una población teórica. Son los programas para poner los recursos institucionales, humanos y materiales, al servicio de los requerimientos de la protección, promoción y fomento de la salud de la población, para mantenerla en niveles adecuados de bienestar y salud y para la superación de su potencial de productividad.

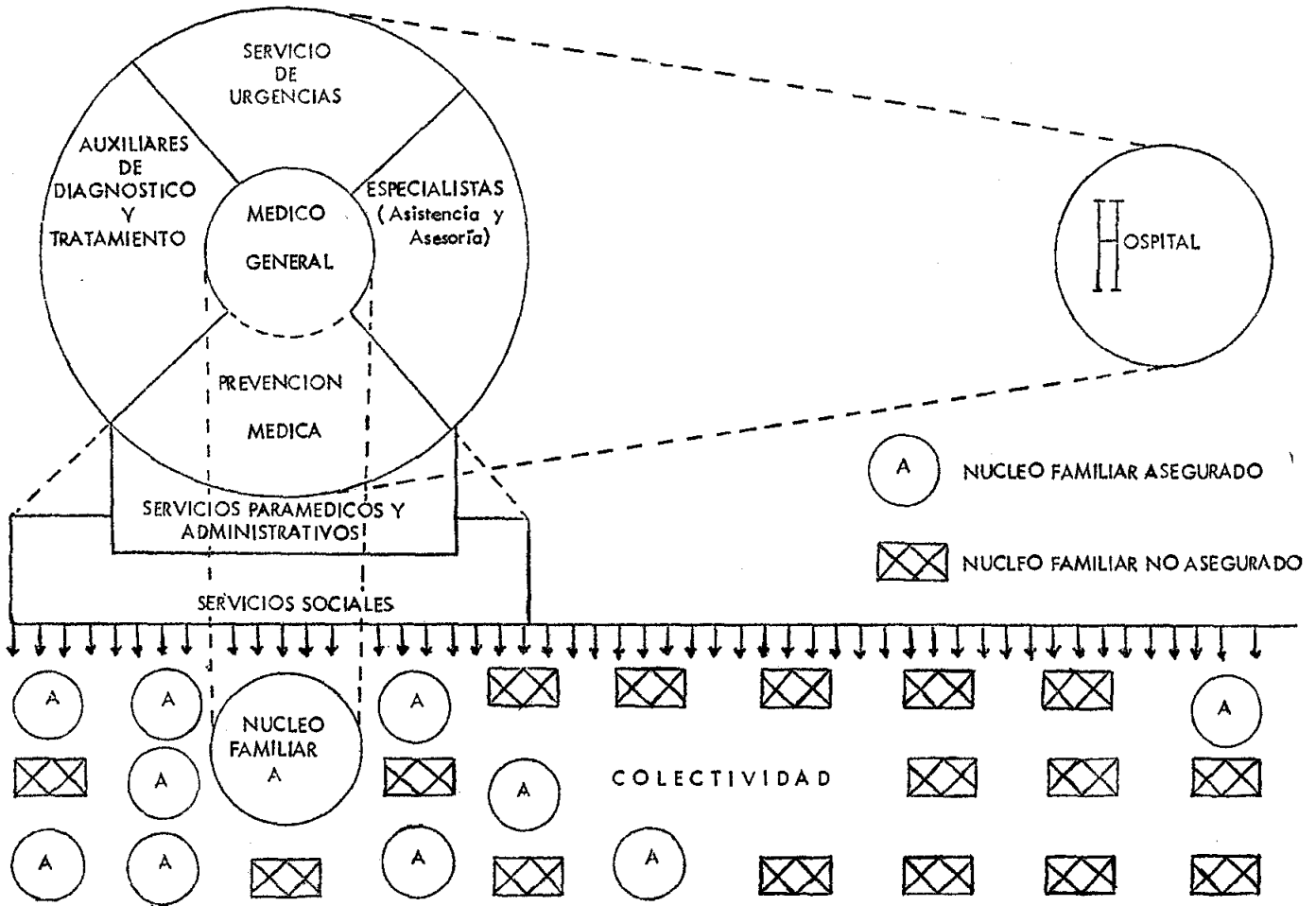
Debe insistirse en que el médico familiar ha de tomar la iniciativa para que la acción preventiva del equipo médico institucional, se realice en los hogares. Médicos, enfermeras y personal de trabajo social, deben salir de las unidades médicas, en todos los casos requeridos, para llevar a cabo en los domicilios actividades de protección, promoción y fomento de la salud, con lo que se hará realidad una proyección de los programas médico sociales a la comunidad.

Por lo tanto, el médico familiar institucional tiene una función decisiva en la realización de los programas médico sociales; siendo quien mejor puede asegurar la continuidad de las acciones aunque intervengan numerosos especialistas; pero es conveniente que esté plenamente convencido de la importancia de su colaboración, informado de los resultados de su intervención en la acción sanitaria y social, para que sea el ejecutor y orientador del cumplimiento de las normas de organización institucional.

Esta es la razón por la cual la acción individual de los médicos familiares debe ser normada por las políticas de organización institucional, que requieren revisiones periódicas con base en la experiencia la evaluación de los resultados obtenidos y la investigación médico social.

Los antecedentes y acuerdos internacionales relacionados con la protección, promoción y fomento de la salud; los fundamentos doctrinarios que han sido presentados en relación con la prevención para la salud y la medicina preventiva en particular; ponen de relieve la importancia del médico familiar institucional, en la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica integral de la seguridad social.

LA PRESTACION MEDICA INTEGRAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL



IV. ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES LATINOAMERICANOS.

1.—*Propósitos de las encuestas realizadas.*

La Asociación Internacional de la Seguridad Social, por conducto de su Comisión Permanente de Prestaciones Médicas y del Seguro de Enfermedad, ha dedicado especial atención al estudio de la medicina preventiva en el campo de la seguridad social. En las Asambleas Generales de 1964 y de 1967 en Washington y Leningrado, se presentaron informes introductorios y preliminares, que fueron base para el documento que fue adoptado en 1970 en Colonia sobre "El papel de las instituciones de seguridad social en la medicina preventiva".

Los estudios de referencia ponen de manifiesto que es importante la participación de la seguridad social en los programas de salud pública; que es apropiado recomendar la coordinación de la promoción de la salud y de medicina preventiva con los ministerios de salud.

Como consecuencia para continuar los estudios se analizó un documento preliminar, titulado: "Pautas directrices en que podrían inspirarse las instituciones de seguridad social en sus actividades en el campo de la medicina preventiva". Resultó evidente que la prestación médica integral de la seguridad social, debe contar con un servicio de observación y análisis de los factores constitucionales y ambientales, para conocer oportunamente desviaciones patológicas y hacer posible la prevención necesaria y oportuna.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social en la XIII Reunión de su Comisión Permanente de Prestaciones Médicas y del Seguro de Enfermedad, en octubre de 1972, revisó un informe provisional para continuar con el estudio de las actividades de seguridad social en el campo de la medicina preventiva, para encontrar solución a las dificultades de obtener la indispensable estadística médico social sobre las medidas de prevención adoptadas por los países, presentar la justificación de la prevención médica en base a su organización, funciones, rentabilidad y dar toda la importancia que se requiere a la educación sanitaria.

De las encuestas realizadas por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, se ha obtenido información de la mayoría de los países de la región americana, lo que pone en evidencia que se considera muy importante a la medicina preventiva en la organización regional de la atención médica de los seguros

sociales. Sin embargo, los datos que se obtienen son difícilmente comparables y dejan muchas dudas del nivel que ocupa la prevención médica —en la organización institucional— en comparación con la concedida a la medicina clínica tradicional.

Para la presentación de este documento la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, envió el cuestionario AISS/CISS/CRAMS/1: “Medicina Preventiva. Programas de Protección, Promoción y Fomento de la Salud”, basado en el esquema utilizado por la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Como resultado se recibieron respuestas de once instituciones de diez países.

Países y organismos que contestaron la encuesta:

Colombia:	Instituto Colombiano de Seguros Sociales;
Costa Rica:	Caja Costarricense de Seguro Social;
Ecuador:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social;
El Salvador:	Instituto Salvadoreño del Seguro Social;
Guatemala:	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social;
Honduras:	Instituto Hondureño de Seguridad Social;
México:	Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos;
Panamá:	Caja de Seguro Social;
Perú:	Seguro Social del Empleado;
Venezuela:	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

El propósito de esta encuesta y de la consulta de los informes de la Asociación Internacional de la Seguridad Social que han sido mencionados, es poner de manifiesto que en la región americana, la orientación de los programas de promoción y fomento de la salud y la prevención médica en general en la seguridad social, deben adquirir la importancia que les corresponde como factores determinantes, para que los países latinoamericanos utilicen racionalmente los recursos disponibles en los programas nacionales de salud.

Es conveniente tratar de aplicar los fundamentos doctrinarios presentados en el Capítulo II de este documento, para que apoyados en las recomendaciones de las reuniones de Coordinación de la Atención Médica que han sido auspiciadas por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos, se organice una medicina integral con enfoques regionales, que permita a la seguridad social encontrar procedimientos apropiados para extenderse a grupos de población no cubiertos, utilizando al máximo la medicina preventiva potenciada con la educación higiénica y sanitaria a la comunidad.

2.—*Resultados y evaluación de las respuestas.*

Para presentar un estudio comparativo que permita evaluar las respuestas, se adopta como procedimiento de presentación el esquema del cuestionario enviado.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS

Exámenes colectivos o individuales de detección.

Los realizan en nueve de las once instituciones con personal propio y cuatro emplean además personal de otros organismos. Los exámenes se efectúan al ingresar al trabajo y en ocasiones se menciona revisión periódica por investigación médica de enfermedades profesionales, programas de protección materno infantil y cuando se presenta cambio de lugar de trabajo.

Los exámenes médicos se practican a trabajadores y beneficiarios en cinco instituciones. Se concede especial importancia a trabajadores expuestos a riesgos en cuatro instituciones, dando en una de ellas especial atención a los que manejan pesticidas. Dentro de estos exámenes se consideran la protección de la madre y el hijo. En lo que se refiere a número de exámenes médicos a personas sanas los datos carecen de significación y sólo son presentados por cinco instituciones. (Cuadro No. 2).

Medidas para favorecer el diagnóstico precoz.

Se realizan con personal propio en ocho instituciones y en dos se menciona participación de personal de otros organismos; nueve efectúan más de una campaña y dos no realizan ninguna actividad. (Cuadro No. 3).

CUADRO No. 2
 DATOS GENERALES DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS POR INSTITUCIONES DE
 SEGURIDAD SOCIAL EN ALGUNOS PAISES
 LATINOAMERICANOS

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS:	I N S T I T U C I O N E S D E S E G U R I D A D S O C I A L										
	ICSS (1)	CCSS (2)	IESS (3)	ISSS (4)	IGSS (5)	IHSS (6)	IMSS (7)	PEMEX (7)	CSS (8)	SSE (9)	IVSS (10)
EXAMENES COLECTIVOS O INDIVIDUALES DE DETECCIÓN	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+
PARA FAVORECER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+
PREVENCIÓN DE LA INVALIDEZ	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PROFILAXIS DE ENFERME- DADES TRANSMISIBLES	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
CONTRA LA MORTALI- DAD INFANTIL	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
CONTROL DE ENFERME- DADES PROFESIONALES	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+

(1) Colombia (5) Guatemala (9) Perú Fuente: Cuestionario enviado por el CPISS. 1972
 (2) Costa Rica (6) Honduras (10) Venezuela Tabulación capítulo I, puntos: 1, 2, 3, 4, 5,
 (3) Ecuador (7) México 6 y 7.
 (4) El Salvador (8) Panamá

CUADRO No. 3

PRINCIPALES CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN REALIZADAS EN
ALGUNAS INSTITUCIONES LATINOAMERICANAS DE
SEGURIDAD SOCIAL

<p>1.—Diagnóstico precoz para descubrir padecimientos específicos en población aparentemente sana</p>	<p>Tuberculosis, sífilis, diabetes, cáncer, caries dentales, enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Poco frecuentes: fiebre reumática.</p> <p>Riesgos del trabajo: intoxicaciones por pesticidas y solventes.</p>
<p>2.—Profilaxis de enfermedades transmisibles.</p>	<p>Inmunizaciones:</p> <p>Difteria, tosferina, tétanos, viruela, sarampión, tuberculosis.</p> <p>Quimioprofilaxis:</p> <p>Tuberculosis, enfermedades venéreas, fiebre reumática, malaria.</p> <p>Control epidemiológico:</p> <p>Difteria, encefalitis, lepra, malaria, poliomielitis, rabia, sarampión, sífilis, tétanos, tifoidea, tosferina, tuberculosis.</p> <p>Se mencionan con frecuencia como erradicadas:</p> <p>Cólera, peste, fiebre amarilla, viruela.</p>

Fuente: Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, 1972.

Tabulación capítulo I, puntos 2 (2.1.2.), 4 (4.2, 4.3, 4.4.)

Las campañas más frecuentes son las siguientes: tuberculosis, sífilis, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer cérvico uterino y caries dental. Revisiones rutinarias a trabajadores y beneficiarios sólo se mencionan en cinco instituciones. En lo que respecta a datos numéricos, se consignan en seis, con variaciones que van desde 5,702 hasta 1.058,260 como cifras totales.

Prevención de la invalidez.

Prevención de accidentes se menciona en nueve instituciones y control de casos de enfermedades y sus complicaciones en diez, indicando que se utiliza personal propio.

El control se practica a trabajadores y beneficiarios en seis instituciones y los porcentajes de control son muy variables, desde 25 al 75% o más.

Profilaxis de enfermedades transmitidas.

Las efectúan en las once instituciones con personal propio. Como inmunizaciones frecuentes se mencionan las que se aplican contra la difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, tuberculosis y viruela. Quimioprofilaxis y control epidemiológico se realizan en seis instituciones. Como procedimiento de rutina se realizan profilaxis en nueve instituciones. En lo que se refiere a datos numéricos se reportan cifras desde 5,185 aplicaciones hasta 3.557,285.

Protección a la maternidad.

Se realiza en las once instituciones con personal propio y en tres se recurre a personal de otros organismos pagado por la seguridad social. La mayoría tienen programas de vigilancia prenatal, atención del parto, vigilancia del puerperio y educación higiénica, tres hacen mención a programas de atención preconcepcional. Excepto en una, la atención es para trabajadoras y beneficiarias y en todas las instituciones la atención en general es rutinaria.

La proporción de embarazos controlados en la mayoría, se encuentra entre el 50 y el 100%. En lo que se refiere a partos atendidos las cifras son semejantes.

Medidas contra la mortalidad infantil.

Todas las instituciones menos una, desarrollan actividades con personal propio. Los programas más frecuentes son de vigilancia del niño sano, asistencia a prematuras y educación higiénica. En siete se realiza control de enfermedades transmisibles. En lo que respecta a la proporción de niños atendidos menores de un año, seis instituciones dan un porcentaje de atención mayor del 50%, que en las otras alcanza entre el 75 y el 100%.

Prevención de las enfermedades profesionales.

Con personal propio realizan actividades nueve instituciones y dos recurren al de otros organismos. Para la vigilancia de los sitios de trabajo los datos son en la mayoría poco consistentes, sólo dos instituciones indican que se efectúan varios al año. Los exámenes periódicos especiales en industrias, en ocho instituciones, se refiere al polvo, en tres a tóxicos y en dos a radiaciones. Se mencionan otros exámenes en relación con el ruido y manejo de productos físicos, químicos y biológicos. En lo que respecta a sitios de trabajo visitados, la proporción varía del 25 al 50%; en una institución es del 75 al 100% y en otra dan una cifra global de 28,795 revisiones industriales.

MEDIDAS ADOPTADAS POR OTRAS ORGANIZACIONES

Se investigaron actividades relacionadas: con exámenes colectivos o individuales de detección, diagnóstico precoz, prevención de invalidez, profilaxis de enfermedades transmisibles, protección de la maternidad y del niño, y prevención de enfermedades profesionales.

Se encontró que intervienen en esas actividades, ministerios o secretarías de salud pública o sus dependencias en todos los países que contestaron y el ministerio del trabajo o sus dependencias en cuatro países. Se hace referencia en algunos países o otras instituciones y organismos descentralizados con esquemas de seguridad social; a las fuerzas armadas y servicios de sanidad militar; a un Instituto Nacional de Programas Especiales de Salud y Saneamiento Ambiental y se menciona un Instituto Nacional de Seguros. También participan organizaciones privadas de carácter nacional empresariales y los consejos de prevención de accidentes y otras específicas como las sociedades de lucha contra el cáncer (Cuadro No. 4).

CUADRO No. 4

PARTICIPACION DE OTRAS ORGANIZACIONES EN CAMPAÑAS
NACIONALES DE PREVENCION.
RESPUESTA DE 10 PAISES LATINOAMERICANOS.

<i>I N S T I T U C I O N</i>	<i>NUMERO DE PAISES</i>
Ministerio de Salud o su equivalente	10
Ministerio del Trabajo	5
Otros seguros sociales	4
Sanidad militar	1
Organizaciones especiales de programas de salud y saneamiento ambiental	1
Organizaciones privadas	1
Sociedades contra el cáncer	1

Fuente: Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, 1972.

Tabulación capítulo II: punto 2.

EXPERIENCIA RELATIVA A LAS CONSECUENCIAS ECONOMICAS DE UNA POLITICA DE PREVENCION

Todas las instituciones contestaron que no se realiza evaluación económica de los resultados de las actividades de prevención; por consiguiente no señalan medidas o indicadores que sirvan de base para esos estudios.

En las observaciones, contestaron tres instituciones informando lo siguiente: realizan evaluación de algunos índices endémicos de padecimientos infecciosos, tomando en cuenta casos complicados, consultas, hospitalización y sus consecuencias económicas; se inician evaluaciones sobre accidentes utilizando índices de frecuencia, severidad y los cálculos de costos directos o indirectos con aplicación de normas internacionales; se proyectan programas con los Ministerios del Trabajo y Salud Pública y la Secretaría de Recursos Naturales para elaborar y valorar la política de prevención.

PARTICIPACION EN CAMPAÑAS NACIONALES DE MEDICINA PREVENTIVA.

Por ser diversa la participación de las instituciones de seguridad social que contestaron, se puede tomar como base de comparación la clasificación siguiente:

Con recursos humanos colaboran y participan siete instituciones, con recursos materiales seis y con recursos económicos cinco.

En lo que se refiere a la obligación de participar, dos instituciones informan que es por ley, tres por convenios, tres por coordinación y en cuatro la participación es voluntaria.

En las campañas nacionales de medicina preventiva, ocho participan en actividades de inmunización, dos en quimioprofilaxis, cinco en educación higiénica, cuatro en búsqueda de casos y una reporta que contribuye al saneamiento del medio y control de plagas.

En cinco instituciones la colaboración en campañas nacionales se realiza en población asegurada y en otras cinco en población abierta.

FUNCION DEL MEDICO DE FAMILIA EN MATERIA DE MEDICINA PREVENTIVA

En cuatro instituciones el médico familiar participa en actividades gene-

rales, en tres en programas específicos y seis indican que no realizan ninguna actividad de medicina preventiva.

Actúan en los programas específicos siguientes: materno infantiles; educación higiénica en general y promoción de la salud; detección de tuberculosis, fiebre reumática, diabetes, cáncer cervical uterino y enfermedades venéreas. Una institución informa de la aplicación de programas de planificación familiar y otra está iniciando un plan piloto con normas y procedimientos para un programa de planificación familiar voluntaria. (Cuadro No. 5).

En dos instituciones se anuncia que el médico familiar participará en programas específicos de medicina preventiva; otra menciona que al establecer el sistema médico familiar, está prevista su participación en programas de prevención de enfermedades profesionales, transmisible atención materno infantil, educación higiénica y actividades diversas de promoción de salud.

PARTICIPACION EN CAMPAÑAS NACIONALES DE PREVENCIÓN

Se investigó la colaboración de las instituciones de seguridad social en programas contra la contaminación atmosférica, saneamiento ambiental, higiene de los alimentos y otras que pueden considerarse especiales.

Con recursos humanos participan seis instituciones, con recursos materiales cinco y solamente tres con recursos económicos.

La intervención en estas campañas es por ley en dos instituciones, por convenio en dos, por coordinación en tres y voluntaria en el mismo número.

En los programas contra la contaminación atmosférica colaboran tres, para el saneamiento ambiental cuatro y tres en vigilancia de higiene de los alimentos.

DATOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

Las instituciones de los diez países, informaron que sus servicios médicos cuentan con personal propio y que todas incluyen en su esquema de seguridad las prestaciones médicas. Cinco proporcionan datos en el sentido de que necesitan recurrir a personal pagado —que no es trabajador directo del seguro social— para dar satisfacción a la demanda de servicios. En tres por la información recibida, es probable que recurran a este procedimiento en algunas ocasiones.

CUADRO No. 5

FUNCIONES PREVENTIVAS DEL MEDICO DE FAMILIA.
 RESPUESTAS DE 11 INSTITUCIONES LATINOAMERICANAS
 DE SEGURIDAD SOCIAL

<i>I N F O R M A C I O N</i>	<i>NUMERO DE INSTITUCIONES</i>
Participación en programas generales	4
Participación en programas específicos:	
Materno infantiles	4
Educación higiénica en general	2
Detección de enfermedades	3
Planificación familiar	2*
Ninguna participación	7

* Una institución inicia un plan piloto de planificación familiar voluntaria.

Fuente: Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, 1972.

Tabulación capítulo V, puntos 1, 2 y 3.

Existen servicios normativos de medicina preventiva en siete instituciones y de aplicación de programas en diez.

En lo que se refiere a población amparada, las instituciones de seguridad que contestaron el cuestionario reportan los siguientes datos:

Instituto Colombiano de Seguros Sociales	Trabajadores	940 000
	Beneficiarios	2 638 475
	Total	3 578 918
Caja Costarricense de Seguro Social	Trabajadores	300 214
	Beneficiarios	614 959
	Total	915 173
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Trabajadores	300 000
	Beneficiarios	—
	Total	300 000
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Trabajadores	108 333
	Beneficiarios	37 960
	Total	146 293
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Trabajadores	448 276
	Beneficiarios	115 317
	Total	563 593
Instituto Hondureño de Seguridad Social	Trabajadores	30 090
	Beneficiarios	35 206
	Total	65 296
Instituto Mexicano del Seguro Social	Trabajadores	3 327 274
	Beneficiarios	7 134 801
	Total	10 462 075

Petróleos Mexicanos	Trabajadores	78 000
	Beneficiarios	443 471
	Total	521 471
Caja de Seguro Social de Panamá	Trabajadores	203 417
	Beneficiarios	174 974
	Total	378 391
Seguro Social del Empleado de Perú	Trabajadores	500 000
	Beneficiarios	13 822
	Total	513 822
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales	Trabajadores	633 598
	Beneficiarios	1 583 995
	Total	2 217 593

Resumen: (Cuadro No. 6)

Total de trabajadores:	6 869 202
Total de beneficiarios:	12 792 980
Total de población amparada:	19 662 625

La investigación realizada, demuestra que todas las instituciones de seguridad social comprendidas en este estudio desarrollan actividades en el campo de la medicina preventiva.

En lo que se refiere a la organización de sus servicios médicos, todas cuentan con personal e instalaciones propias, es decir, siguen el procedimiento de administración de servicios directos.

Para los programas de prevención médica, existen diversas modalidades de coordinación con los ministerios de salud y del trabajo y con otras instituciones públicas o privadas dedicadas a la atención médica y prevención de riesgos profesionales.

La revisión de los datos presentados en los resúmenes anteriores, permite reconocer el interés que se concede en la atención médica de la seguridad social a los programas preventivos, resultando los más importantes por la frecuencia de su aplicación los siguientes:

CUADRO No. 6
POBLACION AMPARADA POR INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN ALGUNOS PAISES
LATINOAMERICANOS

I N S T I T U C I O N E S	POBLACION AMPARADA		
	TRABAJADORES	BENEFICIARIOS	TOTAL
Instituto Colombiano de Seguros Sociales	940 000	2 638 475	3 578 918
Caja Costarricense de Seguro Social	300 214	614 959	915 173
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	300 000		300 000
Instituto Salvadoreño de Seguridad Social	108 333	37 960	146 293
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	448 276	115 317	563 593
Instituto Hondureño de Seguridad Social	30 090	35 206	65 296
Instituto Mexicano del Seguro Social	3 327 274	7 134 801	10 462 075
Petróleos Mexicanos	78 000	443 471	521 471
Caja de Seguro Social, Panamá	203 417	174 974	378 391
Seguro Social del Empleado, Perú	500 000	13 822	513 822
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales	633 598	1 583 995	2 217 593
T O T A L E S	6 869 202	12 792 980	19 662 625

Fuente: Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de
Seguridad Social, 1972.
Información general.

- La protección a la maternidad.
- Medidas contra la mortalidad infantil.
- La profilaxis de las enfermedades transmisibles.
- La prevención de los riesgos profesionales.
- Programas de educación higiénica y sanitaria a la comunidad.

Es recomendable que la Comisión Regional Americana Médico Social, de preferencia a la continuación de estas investigaciones, para precisar los recursos empleados por las instituciones para otorgar la prestación médica integral en la seguridad social, así como para conocer los resultados de sus programas de prevención médica. Debe ser preocupación mejorar las estadísticas médico sociales debido a que la falta de información cuantitativa y cualitativa suficiente, dificulta la planificación y organización de los servicios para el cuidado y la promoción de la salud.

V. OPTIMIZACION DE LA ESTRATEGIA PREVENTIVA. PROSPECTO DE UN PROGRAMA BASICO DE PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

Las instituciones americanas de seguridad social, han ido mejorando la administración de sus servicios médicos, para lograr el mejor aprovechamiento de sus recursos humanos, materiales y económicos, con el propósito de hacer frente a la creciente demanda de atención médica, en calidad y cantidad, por parte de la población protegida.

El desarrollo y organización de sus servicios de atención médica es presionado por la necesidad ingente de satisfacer la demanda, a medida que se manifiesta. Esto ocasiona, en muchos casos, un crecimiento anárquico —de instalaciones y servicio— en el que no siempre han tenido prioridad los problemas más urgentes.

Desde que se crearon los organismos de planificación, que han establecido procedimientos para determinar prioridades y metas a corto, mediano y largo plazo, apareció la necesidad de instaurar una política basada en el conocimiento demográfico, estadístico y epidemiológico, económico y social, y de los recursos humanos y la capacidad instalada, o sea en el diagnóstico de una situación de salud.

Además, el conocimiento de la morbilidad y mortalidad en la población protegida y el costo de los servicios para otorgar la prestación médica integral, han puesto de manifiesto la necesidad de realizar no sólo programas de prevención médica sino aún de prevención para la salud.

Asimismo, como los recursos para el cuidado y la promoción de la salud en una institución de seguridad social, son generalmente fijados con base en las posibilidades de la economía institucional, se debe planear un esquema de actividades preventivas en función de los recursos disponibles y las necesidades más urgentes de la problemática de salud, lo que obliga a adoptar una estrategia que permita obtener los mejores resultados.

En la determinación de la estrategia han de considerarse los factores conocidos que influyen en el estado de salud de las personas, ya sea favoreciendo la aparición de una enfermedad o modificando las posibilidades de recuperación de los enfermos, que son numerosos y variados y entre ellos se han citado: las características genéticas, la vivienda, la alimentación, la instrucción, el ambiente social, el trabajo, las costumbres y el importante conjunto de recursos económicos. Todo lo que acontece a una persona en su existencia, virtualmente afecta su salud.

En este sentido, la seguridad social con el sólo hecho de proteger la estabilidad económica, ya estaría contribuyendo a prevenir enfermedades y a mantener el nivel de salud de la población amparada; pero además, como se va evidenciando en este documento, con su prestación médica integral incide directamente en el campo de la prevención médica y con el apoyo de las prestaciones sociales en el de la prevención para la salud.

Por los motivos invocados en la estrategia básica de la prevención se consideran en orden prioritario:

—Amplia educación para la salud.

—El control fundamental del ambiente en todas las actividades.

Para que los servicios de salud sean eficaces es necesario que existan condiciones higiénicas en el ambiente.

—Control de enfermedades infecciosas.

En estrecha relación con el punto anterior, con las inmunizaciones y con la terapéutica específica.

—Control de padecimientos no infecciosos.

En primer término, para los que existe protección específica; en los demás, aplicando las medidas preventivas de reconocida utilidad.

—Prevención de accidentes.

Mediante campañas educativas y demostraciones prácticas.

—Detección de padecimientos.

Con técnicas que pueden aplicarse en forma colectiva.

—Examen médico periódico.

A personas aparentemente sanas.

Puede señalarse que para muchas enfermedades, la única medida preventiva actualmente viable es su diagnóstico precoz, mediante el cual puede aplicarse con mayor oportunidad la terapéutica indicada.

Para lograr la optimización de la estrategia preventiva, es recomendable que las instituciones de seguridad social consideren la conveniencia de adoptar las políticas siguientes:

—Aceptar el concepto de medicina integral y otorgar una asistencia médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

—Establecer que todos los médicos, generales o especialistas, deben practicar la medicina preventiva simultáneamente con sus labores de medicina curativa.

—Precisar que al médico general o médico familiar institucional, le corresponde la principal responsabilidad en la realización de las funciones de prevención médica, ya que las características de su trabajo le permiten establecer un contacto con personas aparentemente sanas al adentrarse en los núcleos familiares de la población a su cuidado para prever y prevenir condiciones patológicas, a la vez que promueve la salud o la restaura.

—Considerar que para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva se requiere de personal de enfermería, de trabajo social y de otro personal auxiliar; que debe ser integrado en el equipo institucional que apoya la labor del médico. Además, este personal es necesario para la proyección de los programas de prevención a la comunidad.

Promover con la mayor amplitud la práctica de los exámenes médicos

periódicos, sean generales o específicos, pues constituyen una valiosa oportunidad para aplicar todas las actividades preventivas.

- Orientar la acción en el campo de la prevención médica con normas institucionales, que deben evolucionar de acuerdo con el diagnóstico de salud en la población protegida, con la evaluación de los programas aplicados y con los resultados de la investigación médico social.
- Contribuir dentro de las posibilidades de su organización y las perspectivas de su desarrollo en las actividades de prevención para la salud, especialmente en lo que se refiere al saneamiento del medio de vida y de trabajo, que tradicionalmente ha sido de la exclusiva competencia de las autoridades públicas.
- Establecer un órgano central técnico que norme, promueva, asesore y evalúe las actividades de prevención para la salud y de prevención médica, realizadas en beneficio de la población amparada.
- Coordinar sus actividades con las de los ministerios de salud y otras instituciones médicas de importante proyección social, para evitar duplicaciones innecesarias, interferencias, desperdicio de esfuerzos y desprotección de otros sectores de la población. Los convenios que se formulen al respecto variarán de acuerdo con el grado de desarrollo de los seguros sociales, de su organización y de las características de los servicios públicos.
- Fomentar la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina, de enfermería y de otros técnicos de la salud; para lograr la indoctrinación y el cambio de actitud de estos recursos humanos, básicos para otorgar a la población amparada una prestación médica integral, más humanizada y de la más alta calidad.

Los principios doctrinarios enunciados y las políticas institucionales de prevención que anteceden, fundamentalmente el prospecto que se propone a continuación.

PROGRAMA BASICO DE PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

- 1—Promoción de la salud en el individuo, en el núcleo familiar y en la colectividad.

1.1 Protección de la salud materno infantil.

- 1.2 Higiene escolar.
 - 1.3 Fomento de la capacitación, de la recreación y del deporte en jóvenes y adultos.
 - 1.4 Mejoramiento del ambiente.
 - 1.5 Examen médico periódicos a personas aparentemente sanas.
- 2—Profilaxis de las enfermedades.
 - 3—Prevención de los riesgos del trabajo.
 - 4—Detección de padecimientos de evolución prolongada.
 - 5—Educación para la salud.

Los cinco capítulos del programa básico (Cuadro No. 7), están apoyados en las siguientes consideraciones:

- 1.—*Promoción de la salud en el individuo, en el núcleo familiar y en la colectividad.*

La promoción de la salud es la tendencia de la medicina en que se cifran mayores esperanzas para elevar los niveles de bienestar colectivo. En este capítulo se hace referencia a los factores que mantienen y superan la salud del individuo y que tienen repercusión en el núcleo familiar, señalando las actividades de prevención médica en las principales etapas de la vida; y, además, recordando que entre los factores epidemiológicos que mantienen la salud colectiva destacan las relaciones entre el individuo y su ambiente, se estima indispensable contribuir a su mejoramiento.

En las instituciones de seguridad social, la promoción de la salud se realiza por medio de diversas actividades.

- 1.1 Protección de la salud materno infantil.

Cuando la seguridad social proyecta la prestación médica integral a las madres y a los niños se abaten las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna.

La maternidad es protegida por la mayoría de las instituciones americanas de seguridad social, ya sea con o sin protección de las enfermedades generales y de los riesgos profesionales. No obstante es difícil la atención de la maternidad y más aun la prevención de las secuelas patológicas a que ocasionalmente conduce,

cuando las prestaciones se otorgan en forma aislada e independiente. Con base en lo anterior, se recomienda que los cuidados a la maternidad, estén incorporados en un sistema de prestación médica integral, en donde deben ajustarse al proceso siguiente:

Se inician con la protección a la mujer embarazada mediante la vigilancia y cuidado prenatal, a cargo del médico familiar institucional y en su oportunidad, en el estadio final con la intervención del especialista en gineco obstetricia, lo que tiene como objetivo que el proceso fisiológico evolucione normalmente o, en su caso, descubrir oportunamente las anomalías que pueden ocurrir durante la gestación. Así se previene o limita el riesgo que pudiese afectar a la madre o al producto.

Esta vigilancia de la evolución del embarazo, posibilita las diversas orientaciones y recomendaciones de higiene prenatal como parte sustancial de la educación para la salud y pone en evidencia la necesaria asociación en los campos de la medicina preventiva y la medicina curativa, par lograr: mantener la salud y la tranquilidad mental de la mujer embarazada, evitar o disminuir las complicaciones durante el pre-parto, procurar la inocuidad del parto, lograr una evolución normal del puerperio, garantizando en suma los cuidados necesarios para el abatimiento de la prematuréz, morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna.

La protección de la infancia se realiza aplicando las técnicas de la pediatría preventiva, que se refiere a la vigilancia higiénica de los niños aparentemente sanos que comprende: la apreciación del crecimiento y desarrollo, las orientaciones sobre la alimentación, la exploración física completa periódica y la educación higiénica general.

Además, siendo la seguridad social un conductor natural de planeación familiar y de política demográfica, se está manifestando en varias instituciones del Continente la preocupación por establecer programas iniciales de planificación familiar voluntaria, basados en una conveniente y precisa orientación sobre los principios de la paternidad responsable.

1.2 Higiene escolar.

Los niños en edad escolar, viven en dos ambientes que tienen influencia decisiva sobre su salud y sobre su educación: el hogar y la escuela.

La escuela reviste gran importancia en ese esencial periodo formativo, ya que en ella el maestro, además de su misión fundamental de guiar, dirigir y estimular el aprendizaje de los educandos y comprobarlo; debe inculcarles principios

CUADRO No. 7

PROGRAMA BASICO DE PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD EN LA
SEGURIDAD SOCIAL

1. PROMOCION DE LA SALUD DE EL INDIVIDUO EN EL NUCLEO FAMILIAR Y EN LA COLECTIVIDAD.
 - 1.1 Protección de la salud materno infantil.
 - 1.2 Higiene escolar.
 - 1.3 Fomento de la capacitación, de la recreación y del deporte en jóvenes y adultos.
 - 1.4 Mejoramiento del ambiente.
 - 1.5 Examen médico periódico a personas aparentemente sanas.
2. PROFILAXIS DE ENFERMEDADES.
3. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO.
4. DETECCIÓN DE PADECIMIENTO DE EVOLUCION PROLONGADA.
5. EDUCACION PARA LA SALUD.

de higiene y de prevención de accidentes, así como lograr la traducción de lo estudiado en actos de conducta y en actitudes positivas para la salud.

Debe tenerse presente que la escuela, para la mayoría de los niños, es la primera experiencia de la vida en grupo y competitiva. El esfuerzo que debe realizar y la tensión de este nuevo ambiente, son capaces de provocar conflictos y desviaciones en la conducta del niño. Por otra parte, desde un punto de vista físico, la escuela es sitio de reunión prolongada por varias horas de los niños en grupos escolares, lo que aumenta el peligro de la transmisión de enfermedades y de realización de accidentes.

Para planear un programa de higiene escolar es imprescindible el conocimiento del proceso del desarrollo del niño y tener presente que en la edad escolar **constituyen un grupo especialmente receptivo, este factor es de extraordinaria importancia.**

Por los motivos anteriores, el maestro debe estar enterado:

- que para lograr el mayor provecho de la receptividad del niño a la enseñanza, debe gozar de buena salud y de un desarrollo normal.
- que muchas anomalías dificultan el aprendizaje — que es preocupación principal en la edad escolar — entre ellas, **los defectos orgánicos, como los de la vista y el oído o las deficiencias en el desarrollo mental.**
- que la oportunidad de proporcionar educación higiénica equilibrada junto con el aprendizaje es enorme; y que, debe estar incorporada con la enseñanza de todas las materias.

Debe aclararse que cuando se hace referencia a la educación higiénica del escolar se consideran, más que las conferencias y lecciones teóricas, los conocimientos y hábitos de higiene inculcados en el modo de vida del niño, por experiencia propia referente al cuidado personal y a la **higiene de la colectividad**, durante los años escolares.

Para fines del programa de higiene escolar se debe tener presente el papel destacado que la escuela desempeña en la estructura de la comunidad. En este sentido, las enseñanzas asimiladas por el niño van a tener repercusión en el hogar. A su vez, las sociedades de padres de familia conectan el ambiente familiar con el de la escuela.

El maestro, por estas circunstancias, está en condiciones de influir no sólo sobre el niño también sobre la familia y la comunidad.

El maestro puede colaborar dentro del programa de higiene escolar en el grupo a su cargo; en la evaluación del estado de salud de los escolares, seleccionando a aquellos que aparentemente muestren signos o anomalías que el médico debe diagnosticar; realizar pruebas de las agudezas visual y auditiva, para detectar disminución de las mismas; pesar y medir periódicamente a los alumnos y llevar un registro acumulativo de estos datos, que es un medio sencillo para llevar el control del crecimiento; efectuar la inspección diaria de los escolares para valorar los hábitos de higiene personal; cooperar en el control de las enfermedades transmisibles y de los niños que requieren atención médica o dental; integrar comisiones de higiene escolar y organizar actividades de primeros auxilios y de mejoramiento del ambiente.

Es obvio que el programa de higiene escolar —que puede ser complementado con la doctrina básica de la seguridad social no puede ser sólo responsabilidad del maestro; para la eficiencia de su acción requiere del respaldo del personal de salud de los ministerios de educación y de salud, y de los servicios médicos y sociales de las instituciones de seguridad social.

1.3 Fomento de la capacitación, de la recreación y del deporte en jóvenes y adultos.

En las instituciones de seguridad social las prestaciones sociales apoyan la acción de prevención para la salud al contribuir a la educación en general, con programas muy variados que elevan el nivel cultural, cívico y sanitario de la población.

Además propiciando la asociación de los jóvenes y adultos con fines recreativos, deportivos y del aprovechamiento de su tiempo libre, logran programas que promueven la superación que va desde la higiene física y mental, hasta la capacitación para el trabajo y la participación en el desarrollo de la comunidad.

1.4 Mejoramiento del ambiente.

Las condiciones del medio ambiente influyen en el bienestar de la gente a través de toda su vida. Los servicios y medios para mantener un ambiente saludable incluyen: abastecimiento de agua de buena calidad, disposición de excretas y aguas negras, saneamiento de la vivienda, disposición de desechos industriales, control de contaminaciones de corrientes de agua, salud ocupacional, protección contra radiaciones, saneamiento de leche y alimentos y la prevención de la contaminación atmosférica.

En el extenso y complejo campo señalado, que venía siendo de la exclusiva responsabilidad de las autoridades públicas, por la magnitud creciente de los problemas que se confrontan, cada vez tienen mayor participación instituciones públicas y privadas y se fomenta la colaboración de toda la población:

Las instituciones de seguridad social en la región americana que, a veces, se concretaban a controlar el saneamiento ambiental dentro de sus unidades, deben participar con la mayor amplitud —por las exigencias de la estrategia básica de sus programas de prevención para la salud y por las desfavorables condiciones del medio que privan en los países en vías de desarrollo— en actividades para el mejoramiento del ambiente, sobre todo en aspectos de vivienda y educación sanitaria, en todo caso, en coordinación con las autoridades sanitarias responsables.

1.5 Examen médico periódico a personas aparentemente sanas.

El propósito es conservar y promover la salud del individuo. En este caso el médico revisa el funcionamiento orgánico y basado en los hallazgos de la historia clínica, podrá llegar al diagnóstico de salud y formular indicaciones para corregir hábitos o bien otras condiciones desfavorables.

Este examen de salud debe ser completo, periódico, de intención educativa y con preocupación tanto por el individuo como por su grupo familiar; su primera parte es igual a la que se hace en caso de enfermedad, puesto que la investigación clínica, de laboratorio y gabinete es similar; la segunda parte, es la más importante, por ser la proyección al conocimiento de las condiciones de vida y trabajo de cada individuo examinado, con propósitos preventivos y de fomento de la salud.

No obstante, por su costo, el examen de salud deberá estar concentrado en ciertos grupos, en que su aplicación es más fructífera: embarazadas, lactantes, escolares y algunos grupos adultos, como los trabajadores industriales.

2.—*Profilaxis de las enfermedades.*

La aplicación de inmunizaciones contra padecimientos transmisibles, así como de otras técnicas preventivas en algunos padecimientos no transmisibles, ya quedó señalada como una de las funciones clásicamente preventivas: la protección específica.

Por su utilidad evidente e indiscutible debe ser un programa sistemático, coordinado con otras instituciones de servicios de salud, que se proyecte a toda la comunidad.

3.—*Prevención de los Riesgos del Trabajo.*

En este propósito debe haber una participación de todos los sectores: gubernamental, de trabajadores y empleadores, y el que representan las instituciones de seguridad social.

La atención médica de un riesgo del trabajo obliga a la prevención, independientemente de la realizada por servicios especializados de riesgos profesionales. La investigación de las causas determinantes del accidente o de la enfermedad, es un elemento importante para la prevención de otros casos que puedan ocurrir por las mismas causas. La relación establecida en la atención de estos casos permite participar en la educación de la seguridad en el trabajo.

Las instituciones contribuyen, en la prevención de estos riesgos mediante servicios especializados, en las siguientes actividades: inspección periódica del centro de trabajo, para descubrir las deficiencias en higiene y seguridad; investigación de las causas de los riesgos ocurridos, que se encuentran en el medio físico o en factores personales del trabajador lesionado; aplicación de medidas de higiene y seguridad en el trabajo, para evitar la ocurrencia de riesgos; y, educación en seguridad, que debe realizarse en forma permanente para todos los trabajadores en relación con su actividad laboral.

Se insiste en que todo médico institucional debe aprovechar las oportunidades que le brinda su ejercicio profesional, para cooperar en la orientación y educación sobre la prevención de las enfermedades no profesionales y de los riesgos del trabajo.

4.—*Detección de padecimientos de evolución prolongada.*

Ya quedó señalada en los principios doctrinarios la trascendencia de las técnicas para la búsqueda intencionada de manifestaciones patológicas, en grupos numerosos de población sana o aparentemente sana.

En programas sistemáticos y coordinación con otras instituciones, la detección debe realizarse en toda la población.

5.—*Educación para la salud.*

Es una actividad fundamental del programa, que aplica principios pedagógicos para que la población adquiera información, desarrolle ciertas actitudes y cambie su comportamiento —en los niveles del individuo, la familia y la comunidad— en relación con la salud. Para cumplir sus propósitos, utiliza los conoci-

mientos y técnicas aportados por las ciencias de la salud, la educación, de la conducta y el trabajo social.

Mediante la educación para la salud se hace realidad la imprescindible colaboración de la población protegida para la satisfacción de los grandes requerimientos de los programas de prevención médica. Para esto es fundamental la toma de conciencia de que el cuidado de la salud es una responsabilidad compartida entre las instituciones de seguridad social, los núcleos familiares de los asegurados y la población protegida en general.

Es necesario modelar actitudes en los asegurados para el óptimo aprovechamiento de las prestaciones médicas y para fomentar la acción individual y del núcleo familiar en su bienestar y salud, para utilizar mejor los servicios médicos y aún para capacitar adecuadamente como recurso auxiliar a voluntarios con lo que se crearán grupos de promoción para el bienestar colectivo.

Esta participación puede orientarse en dos aspectos principales:

El primero es la protección de los niños que dependen totalmente del sentido de responsabilidad paterna para obtener los beneficios de los programas de inmunizaciones, de vigilancia periódica de su crecimiento y desarrollo, así como de la adquisición de hábitos higiénicos que normarán posteriormente su vida.

El segundo aspecto, igualmente importante, es la participación de jóvenes y adultos en la conservación de la salud; no sólo con fines personales, sino considerando que la falta de cumplimiento de las reglas de higiene y de la vigilancia de su salud, afecta el bienestar y la productividad nacionales.

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

Alfaro D.L.: "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico Social". Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Revista "Seguridad Social" Núms. 52-53, México, julio-octubre de 1968.

Asociación Internacional de la Seguridad Social: "La Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública". Mesa Redonda Mundial, Revista "Seguridad Social". Núms. 58-59, México, D. F. julio-octubre de 1969.

Alvarez Alva R.: "Los Programas de Medicina Preventiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social". IV Convención Médica Nacional del Instituto Dominicano de Seguros Sociales. Santo Domingo, República Dominicana, marzo, 1972.

Bravo, A.L.: "La Medicina de la Seguridad Social y los Programas Nacionales de Salud".

Ponencia Oficial de la Organización Panamericana de la Salud. Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Revista "Seguridad Social" Núm. 56 México, D. F. marzo-abril 1969.

Castelazo Ayala L., Espinoza de los Reyes V.: "Extensión de la Seguridad Social al Núcleo Familiar. Organización de las Prestaciones Médicas. Experiencias y Resultados", Instituto Mexicano del Seguro Social. Jornadas Dominicanas de Seguridad Social. Santo Domingo, República Dominicana, marzo, 1972.

Dejardin, J. e Illuminati, F.: "La Seguridad Social y las Prestaciones Médicas: Africa, América, Asia y Europa". Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Revista "Seguridad Social" Núm. 56, México, D. F. marzo-abril de 1969.

Dubós, R.: "El Hombre y su Ambiente. El Conocimiento Biomédico y la Acción Social". Publicación Científica Núm. 131. Organización Panamericana de la Salud. Washington, marzo de 1966.

González, G.E.: "Racionalización de los Recursos en los Servicios Médicos en las Instituciones de Seguridad Social". Revista Mexicana de Seguridad Social. Año 1. Núm. 2. México, noviembre, 1971.

Méndez, L.H.: "Funciones de las Instituciones de Seguridad Social en el Campo de la Medicina Preventiva". Informe de la Comisión Permanente Médico Social a la XVII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Colonia, septiembre de 1970. Revista "Seguridad Social" Núm. 69. México, D. F. mayo-junio, 1971.

Novelo, G. y Sánchez Zamora, R.: "Los Servicios Médicos de la Seguridad Social en su incidencia sobre la composición de la mano de obra, su estabilidad y su rendimiento". Mesa Redonda OIT-CISS sobre "Recursos Humanos y Seguridad Social". Publicaciones del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, México, 1970.

Novelo, G.: "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. II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Bogotá, junio de 1970. Revista "Seguridad Social" No. 66 noviembre-diciembre de 1970.

Novelo, G., Sánchez Zamora, R. y Zamarripa, C.: "Bases Metodológicas para objetivar las necesidades de salud que gravitan en la orientación de la educación médica". Ponencia Oficial en la Conferencia Regional Latino Americana de Educación Médica. La Paz, Bolivia, octubre de 1970.

Novelo, G., Sánchez Zamora, R.: "Necesidades Cuantitativas y Cualitativas de Personal de Salud por parte de las Instituciones de Seguridad Social"; Relaciones con las Instituciones de Educación de Salud". Ponencia Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Seminario sobre "Formación de Personal de Salud para las Instituciones de Seguridad Social", CISS-OEA-FEPAFEM. México, D. F. 29 marzo-3 abril, 1971.

Novelo, G., Sánchez Zamora, R.: "Sistemas de Información y Evaluación de la Productividad en el Cuidado y Promoción de la Salud en el Ambito de la Seguridad Social". IX Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Revista "Seguridad Social" Núm. 71-72, México, septiembre-diciembre de 1971.

Ochoa, O.L.C.: "Participación conjunta de las Facultades de Medicina e Instituciones de Seguridad Social en la planificación para la salud". Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social. II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Revista "Seguridad Social" No. 66, México, noviembre-diciembre de 1970.

Oficina Internacional del Trabajo: "Desarrollo Social en las Américas". Octava Conferencia de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Memoria del Director General. Ginebra, 1966.

Oficina Internacional del Trabajo y Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. "La Seguridad Social en las Américas". Ginebra, México, 1967.

Organización Mundial de la Salud: "Requisitos Mínimos Internacionalmente Admisible para la Enseñanza de la Medicina". Informe de un Grupo de Estudio. Serie de Informes Técnicos No. 239. Ginebra, 1962.

Organización Mundial de la Salud y Oficina Internacional del Trabajo: "Asistencia Médica individual y Seguridad Social". Serie de informes técnicos No. 480. Ginebra, 1971.

Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana: "Administración de Servicios de Atención Médica. Nuevos Elementos para la Formulación de una Política Continental". Washington, 1966.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana: "Coordinación de los Servicios Médicos. Discusiones Técnicas". XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, 1967.

Organización Panamericana de la Salud: "Hechos que revelan progreso en Salud". Publicación Científica No. 166. Washington, septiembre de 1968.

Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana: "Coordinación de la Atención Médica. Informe Final y Documentos de Trabajo". Washington, 1970.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina: "Educación Médica y Salud". Volumen 5 No. 2, Washington, 1971.

Parra Escobar, H.: "Los Programas de Coordinación entre la Seguridad Social y los Ministerios de Salud Pública, Aplicación y Resultados". Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Revista "Seguridad Social" No. 66, México, marzo-abril 1969.

Roemer, M. I.: "Organización de la Asistencia Médica en los Regímenes de Seguridad Social". O.I.T., Estudios y Documentos No. 73. Ginebra, 1969.

APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES

1.—ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

“PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA”.

Dr. Alfredo Leonardo Bravo.

2.—GUATEMALA

“PROTECCION MATERNO INFANTIL EN EL INSTITUTO GUA- TEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL”.

Dr. Julio Penados del Barrio.

3.—MEXICO

“LOS PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITU- TO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”.

Dr. Roberto Robles Garnica.

Dra. Blanca Raquel Ordoñez de la Mora.

4.—ECUADOR

“REALIZACIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL DEPARTAMENTO MEDICO DEL INSTITUTO ECUATORIA- NO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SUS PROYECCIONES FUTURAS”.

Dr. Luis Camacho Araujo.

5.—PANAMA

“PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA CAJA DE SE- GURO SOCIAL”.

Dr. José Guillermo Ros-Zanet.

Dra. Elia Franco de Penna.

Dr. Moisés Medina.

Dr. Jorge Barranco.

6.—MEXICO

“LA MEDICINA PREVENTIVA EN EL INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL”.

DAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO”.

Dr. Dionisio Aceves Sainos.

7.—MEXICO

“LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES”.

Consejo Nacional de Prevención de Accidentes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Dr. Ricardo Campos H.

8.—MEXICO

‘MODELO PARA UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES EN BASE A LA JERARQUIZACION DE UNIVERSOS SUSCEPTIBLES’.

Gerencia de Servicios Médicos y de Previsión Social.
Petróleos Mexicanos.

Dr. Roberto Hernández Galicia.

9.—ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.

“LA MODIFICABILIDAD DE LA SALUD COMO FUNDAMENTO DE NUEVAS TAREAS MEDICAS”.

Dr. Pedro Cano Díaz-España.

10.—MEXICO

“NUEVOS HORIZONTES DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y CONSTRUCTIVA EN LA INDUSTRIA”.

Consejo Nacional de Prevención de Accidentes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Dr. Antonio Ruiz Salazar.

11.—BRASIL

“LA MEDICINA PREVENTIVA DEL BRASIL”.

Dr. Fioravanti Alonso Di Piero.

INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la ponencia relativa a "MEDICINA PREVENTIVA. PROGRAMAS DE PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD", presentada por la Comisión Regional Americana Médico Social, tomando en cuenta las aportaciones en dicho Tema, y las consideraciones formuladas por la Mesa Directiva y el Grupo de Trabajo, llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.—En los sistemas de seguridad social de los países latinoamericanos, es un imperativo incrementar los Programas de Prevención en el Campo de la Salud, para enfrentar la problemática planteada por las adversas condiciones ambientales, alta frecuencia de enfermedades transmisibles, culturas con ideas mágicas en cuanto a salud y enfermedad, notables deficiencias nutricionales particularmente en los primeros años de la vida, vivienda inadecuada e insuficiencia de recursos de los programas nacionales de salud, así como otros varios factores, que condicionan una elevada morbilidad con la repercusión consiguiente en demanda excesiva de atención médica.
- 2.—Para optimizar la estrategia preventiva es recomendable que las instituciones de seguridad social adopten las políticas siguientes:
 2. 1.—Utilizar los métodos y procedimientos que permitan el ejercicio de una medicina integral; es decir, aquella en que se apliquen racionalmente las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.
 2. 2.—Establecer que todos los médicos, generales o especialistas, deben practicar la medicina preventiva simultáneamente con sus labores de medicina curativa.
 2. 3.—Precisar que al médico general o al médico familiar institucional, en su caso, le corresponde la principal responsabilidad en la realización de las funciones de prevención médica; ya que las características de su trabajo le permiten establecer contacto con personas aparente-

mente sanas, al adentrarse en los núcleos familiares de la población a su cuidado, para promover y fomentar la salud, detectar y prevenir condiciones patológicas, a la vez que atender a quienes han enfermado, para restablecer su salud a los niveles más completos y en la forma más rápida posibles.

2. 4.—Considerar que para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva se requiere de personal de enfermería, de trabajo social y de otro personal auxiliar, que debe ser integrado en el equipo institucional que apoya la labor del médico. Además, este personal es necesario para la proyección de los programas de prevención a la comunidad.
2. 5.—Promover con la mayor amplitud la práctica de los exámenes médicos periódicos, sean generales o específicos, pues constituyen una valiosa oportunidad para aplicar todas las actividades preventivas.
2. 6.—Orientar la acción en el campo de la prevención médica mediante normas institucionales, que deben evolucionar de acuerdo con el diagnóstico de salud en la población protegida, con la evaluación de los programas aplicados y con los resultados de la investigación médico social.
2. 7.—Contribuir o incrementar dentro de las posibilidades de su organización y las perspectivas de su desarrollo, en las actividades de prevención para la salud, especialmente en lo que se refiere al saneamiento del medio de vida y de trabajo, que tradicionalmente ha sido de la exclusiva competencia de las autoridades públicas.
2. 8.—Establecer un órgano central técnico que norme, promueva, asesore y evalúe las actividades de prevención para la salud y de prevención médica, realizadas en beneficio de la población amparada.
2. 9.—Coordinar sus actividades con las de los ministerios de salud y otras instituciones médicas de importante proyección social, para evitar duplicaciones innecesarias, interferencias, desperdicio de esfuerzos y desprotección de otros sectores de la población. Los convenios que se formulen al respecto variarán de acuerdo con el grado de desarrollo y organización de los seguros sociales, así como de las características respectivas de las otras Instituciones involucradas.
- 2.10.—Fomentar la enseñanza de la medicina preventiva y social en las es-

Escuelas de medicina, de enfermería y de otros técnicos de la salud; para lograr la indoctrinación y el cambio de actitud de estos recursos humanos básicos para otorgar a la población amparada una prestación médica integral, más humanizada y de la más alta calidad.

- 3.—Es necesario avanzar en la programación de las actividades de prevención para la salud hacia formas más claras y precisas de organización que faciliten la operatividad de los programas así como su evaluación.
- 4.—Debe ser preocupación mejorar las estadísticas médico sociales, debido a que la falta de información cuantitativa y cualitativa suficiente, dificulta la planificación y organización de los servicios para el cuidado y la promoción de la salud.
- 5.—Es recomendable que la Comisión Regional Americana Médico Social, otorgue preferencia a la continuación de investigaciones para precisar los recursos empleados por las instituciones para impartir la prestación médico integral en la seguridad social, así como para conocer los resultados de sus programas de prevención médica.
- 6.—Se sugiere reevaluar la situación de las Instituciones de Seguridad Social en las Américas, mediante la utilización del Cuestionario propuesto por la A.M.I. S. S., pero modificado en algunos puntos. Entre estas modificaciones, parece indispensable que se adicione un capítulo para conocer la participación de la Institución en la Docencia Médica, de Enfermería y de otros grupos para médicos, en particular en los aspectos de prevención médica.
- 7.—Los principios doctrinarios enunciados y las políticas institucionales de prevención que anteceden, fundamentan el prospecto que se propone a continuación.

PROGRAMA BASICO DE PROTECCION, PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

- 1.—Promoción de la salud en el individuo, en el núcleo familiar y en la colectividad.
 - 1.1.—Protección de la salud materno infantil.
 - 1.2.—Higiene escolar.

- 1.3.—Fomento de la capacitación, de la recreación y del deporte en jóvenes y adultos.
 - 1.4.—Mejoramiento del ambiente.
 - 1.5.—Examen médico periódico a personas aparentemente sanas.
-
- 2.—Profilaxis específica de las enfermedades.
 - 3.—Prevención de los riesgos del trabajo.
 - 4.—Detección de padecimientos de evolución prolongada.
 - 5.—EDUCACION PARA LA SALUD*

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo del

Grupo de Trabajo No. 1

Mesa Directiva:

Presidente: Dr. Gastón Novelo (CRAMS).
Vicepresidente: Dr. Manuel Antonio Girón (Guatemala).
Secretario Técnico: Dr. José Guillermo Ros-Zanet (Panamá).

Integrantes:

Dr. Dionisio Aceves Saínos (México).
Dr. Enrique Aguilar Paz (Honduras).
Dr. Jorge Anchisi Cáceres (Panamá).
Dr. Jorge Barranco (Panamá).

* La educación para la salud es base y principio de todo programa o actividad médica; pero a la vez es el procedimiento fundamental de la promoción de la salud.

Dr. Alfredo Leonardo Bravo (OPS).
Dr. Luis Camacho Araujo (Ecuador).
Dr. Ricardo Campos (México).
Dr. Pedro Cano Díaz (España).
Dr. Máximo Carrizo (Panamá).
Dr. Plutarco Castellanos (Honduras).
Dr. Joaquín Franco (Panamá).
Dr. Roberto Hernández Galicia (México).
Dr. Moisés Medina (Panamá).
Dr. Arnaldo Muñoz Armestar (Perú).
Dr. Julio Penados del Barrio (Guatemala).
Dra. Elia de Penna (Panamá).
Dr. Marcial Ríos (Perú).
Dr. Roberto Robles Garnica (México).
Dr. Antonio Ruiz Salazar (México).
Dr. Rafael Sánchez Zamora (CRAMS).
Dr. Gerónimo Segovia (Paraguay).