

# 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.

	<b>Página</b>
Ponencia Oficial de la Organización de los Estados Americanos.	
Sr. Beryl Frank .....	283
QUINTA SESION PLENARIA .....	313
Tema: LA CALIDAD Y EL COSTE DE LAS PRESTACIONES MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION.	
Ponencia Oficial de la Organización Panamericana de la Salud.	
Dr. Alfredo Leonardo Bravo .....	315
SEXTA SESION PLENARIA .....	341
Tema: RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá.	
Dr. Guido Miranda.	
Dr. Enrique Urbina.	
Dr. Luis Asís.	
Dr. Rafael Ruano .....	343
SEPTIMA SESION PLENARIA .....	363
Tema: CURRICULUM Y PRESTACION MEDICA INTEGRAL.	
Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.	
Dr. Andrés Santas .....	365
OCTAVA SESION PLENARIA .....	383
Tema: LA EDUCACION CONTINUADA Y LOS PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.	
Dr. Juan Rodríguez Argüelles.	

SEXTA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Hernán Higuero,  
Jefe del Servicio de Siquiatría.  
Caja de Seguro Social. Panamá.

Vicepresidente:

Dr. Leonardo Malo Borrero,  
Director General del Departamento Médico  
del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Secretario Técnico:

Dr. Gustavo Báez Herrera,  
Siquiatra. Caja del Seguro Social.  
Panamá.

TEMA:

*RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL*

PONENTE:

ASOCIACION DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DE CENTRO AMERICA Y PANAMA.  
DR. GUIDO MIRANDA.  
DR. ENRIQUE URBINA.  
DR. LUIS ASIS.  
DR. RAFAEL RUANO.

## RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

### I. ENSEÑANZA DE LAS RELACIONES HUMANAS EN LA MEDICINA MODERNA

Cualquier tema dedicado a los problemas de la educación médica debe, en alguna medida, explorar la naturaleza de aquellos que deben ser educados. El popular aforismo educativo, "MAESTROS, ENSEÑAR A ESTUDIANTES NO A SUBDITOS", puede estar deteriorado, pero representa una característica cuyo énfasis algunas veces se pasa por alto, en discusiones sobre cuestiones educativas. El producto humano de una escuela de medicina está compuesto por materia prima, seleccionada con cuidado, pero forjada y expuesta a un medio ambiente creado y reflejado por los valores propios de la facultad. No son ni el material ni el medio ambiente, solos e independientes, los que determinan el producto, sino la interacción entre dichos ingredientes.<sup>1</sup>

Si el aprendizaje es una cuestión individual, un médico-docente que trata cada día con las diferencias individuales, debería reconocer instantáneamente que diferentes personas aprenden diferentes cosas por diferentes medios y en tiempos diferentes. Pero, aparentemente este mensaje no ha llegado hasta todos los docentes, ya que a pesar de una variedad de espléndidas oportunidades de elección en un buen número de escuelas de medicina, el tema dominante es un estereotipo tan rígido, que el programa educativo en medicina es ampliamente conocido como "organización de cursos de escalones prohibidos".

Los pre requisitos de admisión varían muy poco de escuela a escuela. Pero el duro corazón de los requerimientos de las ciencias físicas y biológicas es raramente quebrantado, a pesar de una fuerte pero todavía no dominante tendencia contemporánea para que el estudiante se convierta primeramente en un hombre liberalmente educado. En la misma Escuela de Medicina el trabajo de los cursos es establecido rápidamente, paso a paso, con solo raras oportunidades de desviación del camino común, y más raro aún resulta un "desviador". Al final de cuatro años, ocasionalmente más, casi nunca menos, se otorga un diploma en medicina. Esto debe ser seguido por un periodo fijo de entrenamiento en hospitales para aquellos que aspiran especialidades.

En ningún momento parece haber algo como una inclinación a la naturaleza individual del aprendizaje, que ciertamente será completado por algunos en menos tiempo del requerido por otros. Contrariamente, a todos los estudiantes se les presentan las mismas experiencias y presumiblemente se espera que progresen al mismo paso.<sup>1</sup> Como muletilla todos los docentes insisten en la importancia

fundamental de su especialidad y denigran sistemáticamente las demás, logrando en el alumno una sorprendente carga de escepticismo, y de pérdida de los simbolismos del aprendizaje.

En general, la atmósfera de una gran mayoría de Escuelas de Medicina, parece ser una en la que el grupo docente asume la responsabilidad de presentar un cuerpo común temático a todos los estudiantes, y los estudiantes asumen la responsabilidad de repetirlo cuando se los pidan.

Esto establece a corto plazo la creencia entre los miembros del cuerpo docente, que el aprendizaje es logrado por una transmisión directa del docente, en la que se va olvidando el valor y la lucha del educando, en la que tiene oportunidad de hacer sus propios errores, progresos y satisfacciones.

Las Escuelas de Medicina deberían reconsiderar esto a fin de determinar si realmente pueden dar una oportunidad al estudiante para aprender, o solo una oportunidad para que siga a los miembros del cuerpo docente, y describir lo que ellos han aprendido.

La mayoría de los estudiantes entran a las Escuelas de Medicina con grandes motivos para convertirse en algo, y comúnmente para convertirse en practicantes de medicina. Su percepción de este objetivo puede ser algo deslumbrante e irreal; pero al menos la experiencia personal les ha llevado a tener alguna idea general de lo que hacen los médicos y están dispuestos a imitarlos.

Todo esto significa que los estudiantes universitarios están motivados para hacer y ser algo. En la medicina ese "algo" es generalmente "doctor", que puede significar muchas cosas, pero que para la mayoría de los estudiantes significa trato con la gente cuya salud está amenazada o perdida, es decir, contacto con el enfermo. Y aquí vemos precisamente donde las Escuelas de Medicina no tienen el cuidado de defender esta motivación y se obliga al estudiante a un destierro emocional en las áreas preclínicas. Casi de rutina se descuida el combustible de la llama de la motivación emocional y en la disección anatómica se confunden las metas, cuál debe ser la primera ocupación del docente y en qué consiste la ayuda para que el estudiante pueda ver escalones, y así siempre iluminar el objetivo lejano pero mejor definido: el enfermo.

En esencia, motivación es el deseo de aprender que un estudiante trae consigo a la Escuela de Medicina. Puede ser utilizado y alentado al recibir ayuda desde el día que llega, para definir con alguna precisión su meta distante y los pasos intermedios requeridos para llegar a ella.

### *Objetivos de la Educación Médica:*

“Recordemos que aún más importante que ser un médico es ser un hombre, y que el valor profesional del médico está estrechamente ligado a su condición, grande o pequeña de ser humano. Uno no puede convertirse en un gran médico sin ser, hasta cierto punto, “grande” en su vida diaria personal. El “savoir-faire espiritual” y la dignidad en la vida privada muy a menudo esconden competencia y habilidad en el arte de curar. Un gran médico generalmente lleva la marca de un gran hombre con la misma facilidad con que un emperador lleva su capa de armiño sobre los hombres”, escribió Félix Martí Ibáñez<sup>2</sup>.

La educación médica trata de dar al estudiante un concepto comprensivo del hombre y sus enfermedades y de inculcar aquellos hábitos mentales que le permitirán entrar, sin desventajas, en cualquiera de los campos de la práctica y la investigación médica, sea en Medicina, en Cirugía, en Psiquiatría o en Salud Pública; es la fase de pregraduación que trata de dar al estudiante una competencia general. Es en el programa de entrenamiento de graduación en donde el joven médico obtiene su competencia especial. En consecuencia, el objetivo primario de la educación médica es la apreciación del hombre, su comportamiento y su medio. Tal apreciación incluye génesis, crecimiento y madurez humanos, su naturaleza y los efectos que recibe de los golpes ambientales de todos lados. Además del trauma físico, la enfermedad infecciosa, y el desgaste de la edad, tales golpes incluyen las corrientes opuestas de las fuerzas emocionales, económicas y sociales, sus necesidades y disgustos y la influencia de la costumbre comunal. Para lograr tal entendimiento del hombre, el estudiante debe ser ayudado a desarrollar un conocimiento profundo de su propia personalidad, su efecto sobre el paciente y las relaciones de la comunidad.<sup>3</sup>

Uno de los primeros fines de la educación médica es que el graduado debería alcanzar un alto nivel de motivación en la práctica médica. La ambición del estudiante está ordinariamente bien formulada antes de entrar en las Escuelas de Medicina. Debería ser permanentemente moldeada por el cuerpo médico y periódicamente evaluada a fin de afianzar el sentido de responsabilidad social. Esta responsabilidad asume varias formas en el curso de la vida profesional. Incluye el deseo de colaborar en el entendimiento y cuidado del paciente, en un aumento consciente del sentido de la familia y la comunidad, de la comprensión de la problemática nacional, vista al menos con la lupa del problema de la salud. Es notorio que en muchas de nuestras Escuelas de Medicina, la Cátedra de las Ciencias de la Conducta no forma parte del Curriculum, sino que se encuentra ligada a las materias generales, antes del ingreso a las disciplinas puramente biológicas o alejada de las que tienen relación con la alteración ya sea anatómica o fisiológica del ser humano, como si fueran fenómenos independientes. Es decir, se ha diagnosticado el tema pero se ha ubicado mal su discusión.

Valga la oportunidad para enfatizar que esa actitud mental y esa responsabilidad social no solo corresponde al médico, sino también a todo el equipo humano que participa en el cuidado del paciente; en la medida de su proporción, todos los miembros que actualmente integran ese equipo, tales como la enfermera y las otras disciplinas como Farmacia, Laboratorio, Odontología, etc., y las demás personas que en una forma u otra ayudan al restablecimiento de la salud del paciente, ya sea encamado o de la consulta externa.<sup>4</sup>

Llegamos por lo tanto, a la conclusión inevitable de que en la enseñanza de las profesiones de las ciencias de la salud se debe prestar atención creciente al enfermo en su calidad de persona; de que es necesario redefinir las áreas de responsabilidad para cada una de las distintas categorías de personal médico, y lograr asimismo, una mejor coordinación de los papeles que desempeña el personal, tanto profesional como no profesional, en lo que atañe a la atención médica.

Será, en particular, importante definir con todo esmero como abordar y manejar los aspectos psicosociales del cuidado del enfermo, ya que ninguna profesión puede decidir por su cuenta asuntos de tanta trascendencia.<sup>6</sup>

Para muchos educadores, tal cometido puede parecer demasiado ambicioso, tanto en tamaño como en complejidad, y casi imposible de alcanzar dentro de los planes de estudio ya tan recargados. Sin embargo, esta empresa no es tan difícil ni tan lejana como parece. No solo las ciencias sociales han alcanzado un apreciable desarrollo en el curso de los últimos años, sino que existe también en la actualidad un número considerable de universidades donde los científicos que se ocupan de la conducta humana ya se muestran especialmente interesados aplicando sus conocimientos a la preparación de médicos, trabajadores sociales, enfermeras, dentistas, personal de salud pública y administradores de hospitales.

En la consolidación de esta etapa primaria, que no ha llegado todavía a todas las facultades de medicina, cual es la de introducir los estudios sociológicos e impartirlos a los candidatos de todas las profesiones de las ciencias médicas, hay una gama enorme de formas: en la etapa preparatoria, en las preclínicas, o a lo largo de todo el curriculum. Es alentador que por diferentes caminos creados por la necesidad social se está consolidando cada vez mejor este objetivo. El crecimiento de la población estudiantil, los cambios económico-sociales, la nueva estratificación de la comunidad, el valor creciente del individuo económicamente débil, y por sobre todo, la necesidad de instrumentar al médico en forma adecuada, está logrando la revisión del curriculum de muchas escuelas de medicina. Representantes de las facultades y de los departamentos de ciencias sociales están planeando conjuntamente los cursos para pregraduados que serían después obligatorios para todos los estudiantes que tengan intención de seguir la carrera de odontología, enfermería, trabajo social, o administración de hospitales,



fisioterapia o dietética.<sup>2</sup> Ya existe una tendencia bastante definida para que en un primer ciclo el antropólogo y el sociólogo se ocupen del concepto de cultura y de los determinantes psicosociales y culturales de la conducta humana.

En el segundo ciclo, la sociología y psicología social logran un análisis de las instituciones sociales y de la teoría del papel que cada persona desempeña; para ilustrar el significado de los conceptos teóricos se analiza un hospital o un organismo de salud pública, para examinar la naturaleza e interrelación de los papeles médicos y sanitarios con los intereses de la comunidad.

En el tercer ciclo, con materias tomadas de la psicología experimental y social y de la psiquiatría, se introduce a los estudiantes a temas tales como la socialización del niño, la teoría del aprendizaje y la influencia del medio sobre las funciones de percepción, actitudes, motivaciones, frustraciones, agresión, capacidad para amar, etc., es decir, la etiopatogenia emocional como factores de la patología individual.

Este tipo de cursos proporciona a los estudiantes un núcleo común de conocimientos básicos que les permite iniciar su experiencia médica contando con cierto marco de referencia sistemática para comprender a sus pacientes y a las instituciones que han sido creadas para cuidar al enfermo, prevenir las enfermedades y mantener la salud. Dicho conocimiento, además, debe ser adquirido en ambientes integrados en donde representantes de todas las profesiones sanitarias habrán de encontrarse para intercambiar intereses. No obstante estos progresos obtenidos, en la mayoría de las escuelas latinoamericanas persiste el convencional sistema de educación médica basado en una estructura jerárquica donde cada cátedra está circunscrita y limitada por consideraciones de categoría personal o profesional, que han impedido que el problema de la salud se vea como una situación global. Si se quiere reorganizar la educación profesional, será necesario no solo habituar a los alumnos a un sistema diferente de interrelación, sino infundirles también a sus docentes la conciencia de sus propios alcances y limitaciones, la manera de ampliar unos y disminuir otras, gracias a un sistema de interacción durante las distintas fases que iniciándose en el tratamiento, cuidado y comprensión del enfermo, permita integrarse hasta los niveles superiores.<sup>5</sup>

Todos estos conceptos previos deberían haber sido premonitorios para justificar el concepto pleno de la enseñanza médica dentro y para las instituciones de seguridad social. En ninguna organización de salud actual se integran mejor todos los factores docentes en consideración, que en el paciente protegido por los regímenes de seguridad social, lo que obliga a estas instituciones a darle en este momento el mayor énfasis a su relación íntima con las facultades de medicina. Sin embargo, es todavía pobre el desarrollo docente dentro de la segu-

ridad social, comparado con la extensión de otros programas. Sin ir más lejos, podríamos analizar los dos ángulos de esta situación. En primer lugar, la enseñanza integral de la seguridad social en las escuelas de medicina es todavía pobre y no son muchas las facultades que hayan incorporado cátedra como disciplina propia. Resulta difícil comprender cómo el estudiante pueda encontrar una respuesta a sus preguntas y una orientación adecuada de su actitud ante una necesidad colectiva existente, sin que exista una cátedra que sintetice, analice y evalúe las nuevas tendencias sociales que debe apuntar el futuro profesional. En segundo lugar, el desarrollo de la docencia en las instalaciones médicas de la seguridad social sigue siendo limitada, repitiendo siempre argumentos de carácter económico, o de organización, que además de no ser ciertos, siguen manteniendo alejado al estudiante.

La consecuencia de estos dos factores sigue siendo evidente. El estudiante llega a veces a terminar su carrera sin ningún contacto con el terreno en donde se va a desenvolver y ha sido cargado en su formación con una buena cantidad de conceptos y prejuicios que no le permiten incorporarse a una función que representa una nueva filosofía profesional. Casi podría decirse que se lo educa y prepara para una permanente frustración.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Miller George E. Dr.:  
"Enseñanza y aprendizaje en Escuelas de Medicina".  
Editorial Alfa — Buenos Aires, 1969.
2. Balint Michael:  
"El médico, el paciente y la enfermedad".  
Diálogo del doctor O. Surgeon — I Parte.  
Editorial Libros Básicos — Buenos Aires, 1961.
3. Maier Norman R. F.:  
"Principios Básicos de Relaciones Humanas".  
Ediciones Omega S. A. Casanova 220 Barcelona 1962.
4. Milliken, Mary E.:  
"Relación Humana con el Paciente".  
Editorial Troquel — Buenos Aires, 70.
5. Robirosa, Mario C.:  
"El médico social".  
Medicina Sanitaria y Administración de Salud de Abrasm  
Sonis y colaboradores.  
Editorial "El Ateneo" — Buenos Aires, 71.

6. Brown, Esther L.:

“Nuevas dimensiones en el cuidado de los Pacientes”.  
La Prensa Mexicana — 1971.

7. Editorial Revista Médica. Vol. VII-2, 1968 — Instituto Mexicano del Seguro Social.

8. Revista Médica. Vol. X No. 3 1971 Instituto Mexicano del Seguro Social.

## II. RELACION DEL ACTUAL EJERCICIO DE LA MEDICINA

En los últimos años se ha hecho palpable una preocupación general por lograr lo que se ha llamado “humanización” en el otorgamiento de las prestaciones médicas; esto es, el mejoramiento sustancial de las relaciones humanas entre los funcionarios de los servicios médicos y los asegurados. Existe en otras palabras, una poderosa reacción tendiente a evitar la deshumanización creada por el tecnicismo y la burocratización de la medicina social.

Se pretende que la confianza entre el médico y el paciente no se pierda en los servicios otorgados por la Seguridad Social y que cada beneficio sea atendido no solo en su debilidad física o biológica, sino también como una unidad psicológica y moral. Esta es una meta que debemos perseguir afanosamente, sabiendo que sólo se alcanza por la educación de los profesionales de la salud y de los técnicos auxiliares, dentro de un concepto social de la ciencia, ejerciendo su función dentro de una flexibilidad administrativa de servicio y por el diálogo permanente entre nuestras instituciones y la población amparada.

Desde que la humanidad empezó a escribir su historia ha buscado la Seguridad ante los riesgos a que estaban expuestos los hombres tanto como elementos de la Naturaleza, como miembros de la comunidad, al implantarse la división del trabajo.

En el primer caso, el riesgo de la maternidad es inherente a la condición humana y el riesgo de la enfermedad deriva de las condiciones higiénicas y ambientales, producto del desarrollo tanto económico como cultural.

En el segundo caso, la división del trabajo trae como consecuencia el riesgo de lesión de acuerdo a la labor desempeñada; el primitivo cazador ofrecía, ya ante su función comunitaria, exposición a la asechanza de sus enemigos, a la cacería para su subsistencia y a las adversas condiciones climatológicas del momento.

Esta división del trabajo se fue acentuando cada día más al pasar la sociedad por las etapas de la comunidad primitiva, la época esclavista y la época

medieval, hasta la sociedad actual. Cada condición laboral engendraba un riesgo de salud, y actualmente la gran división del trabajo de nuestra civilización conlleva en cada una de ellas un riesgo de salud, creador de una patología moderna, que obliga a los gobernantes a confrontar complejos problemas tanto en su prevención como en su tratamiento.

En este devenir social el Médico ha jugado un papel muy importante; desde las prácticas de hechicería y las sacerdotales encaminadas ambas a la curación de los enfermos hasta la época científica, el médico siempre fue considerado socialmente como poseedor de conocimientos en algunos casos sobrenaturales y en otros poco comunes, no al alcance de todos los hombres.

La práctica médica ha sido siempre, desde sus inicios, una de las actividades humanas más respetables. Al suprimir el dolor, al curar las enfermedades, al proporcionar orientación y consejo o por lo menos otorgar consuelo, el médico fue alcanzando de generación en generación el respeto, la admiración y la relevancia que son características esenciales de su profesión. Surge de inmediato la necesidad de garantizar la estructura de su personalidad, a través de su educación, para llenar estos cometidos profesionales.

Se ha dicho, a través de todas las épocas que la personalidad del médico ha tenido dos facetas sociales: como profesional de la medicina y como sujeto humano integrante de la colectividad; ambas, sin embargo, se encuentran íntimamente ligadas al espíritu y la conducta del sujeto. El ejercicio profesional de la medicina solo se concibe si es impartido bajo ineludibles condiciones de capacidad, dignidad, moralidad y acendrado humanismo. Estas cualidades están íntimamente relacionadas entre sí. Puede afirmarse que del mismo modo en que no existirían las instituciones de salud sin los médicos, tampoco se conciben médicos sin esas unidades, ya que éstas son la verdadera escuela del perfeccionamiento y realización de la labor del médico, de tal modo que un profesional de la medicina que dejara de educarse y abandonara los mecanismos de comprensión que exige el contacto permanente con los enfermos, dejaría de ser útil en el auxilio de los mismos, ya que sus métodos y conocimientos no estarían adaptados a los cambios técnicos y sociales de cada día.

A la fecha, el clásico concepto de que el médico debe ser un apóstol, o hasta un mártir, no se adapta a la idea sociológica de las relaciones humanas. Si bien es cierto que nuestra profesión tiene fundamentalmente una función de servicio social, debe precisarse que el médico es un servidor, pero no un sirviente.

Esta función no pudo ser provechosa en todos sus alcances como no lo ha sido hasta el momento, por una razón hasta cierto punto sencilla de analizar. El

médico ocupó un lugar determinado en la sociedad no solo en lo que se refiere a rango social sino en cuanto a su libertad de trabajo y aun más, libertad en la aplicación muy personal de sus conocimientos. Trabajador de la ciencia, la ejerció como un arte, no sujeto a patronos, horarios y salarios; levantó su reputación científica tanto por el producto de su simpatía, como por sus aciertos o desaciertos. Pero nunca fue más allá de su propia responsabilidad personal.

El advenimiento de la medicina de la Seguridad Social ha significado una transformación total de la relación, dependencia y ubicación del médico dentro de los servicios tradicionales encargados de la salud. Más aun, considerando el servicio médico como una parte de un complejo mosaico económico social, los propugnadores de los Seguros Sociales quisieron emplear de la noche a la mañana a este artífice de su propio destino, forjado en moldes tradicionales, en una mente sujeta a nuevas disciplinas extrañas y de responsabilidad compartida. El choque fue inminente y los resultados pésimos para los usuarios de los Seguros Sociales. Las relaciones públicas y humanas se vieron resquebrajadas y la lucha institucional entre profesionales de la salud y los encargados de impulsar los programas de esta nueva política ha consumido los mejores esfuerzos en muchos países.

Mucho se ha escrito y más se ha encuestado para determinar los factores que gravitan en la falta de adaptación del médico al trabajo en los Seguros Sociales. El análisis ha puesto de manifiesto en cada país las ventajas y defectos de la forma en que se trabaja, pero las proposiciones de solución han sido poco felices en su utilidad práctica, aunque han tenido el hábito de un futuro mejor. A muchas les ha faltado el análisis comparativo de lo que significan los Seguros Sociales dentro de la sociedad y el Estado en que se ubican; frecuentemente se olvida que las instituciones de carácter público no son entes autónomos o abstractos en el amplio sentido de la palabra, sino que están unidos al desarrollo cultural, económico y social de la comunidad como si fueran vasos comunicantes.

En el fondo, la fidelidad en la interpretación de la partitura dependerá de la educación de sus ejecutantes.

Doloroso conflicto en el que el médico ha vivido. Se le ha educado para encontrar satisfacción en un ejercicio individual e independiente de la profesión y de la noche a la mañana, se le quiere transformar en equipo dependiente de un engranaje institucional.

Pedir al médico trabajar seis u ocho horas diarias en las instituciones de Seguridad Social, olvidando que el resto de las 24 horas convive con otros colegas que adversan ese tipo de trabajo, que está en contacto diario con su propio ejer-

cicio privado de la medicina y que no se puede sustraer al influjo en cuanto a bienestar social se refiere. Convive y compara el médico su carrera con otras carreras profesionales a su nivel económico, no sujetas a los Seguros Sociales y se revuelve, sin quererlo a veces, en un mar de indecisiones sobre la labor que desempeña.

Y sin embargo, su sensibilidad lo hace aceptar el sistema aun a costa de muchos sacrificios, que realiza en beneficio del paciente. Pero continúa en el conflicto porque la escuela que lo educa, ni la institución que lo emplea ni la comunidad en que convive, hacen definiciones claras, que le permita estar seguro que no está haciendo un sacrificio inútil.

La medicina asistencial de la Seguridad Social ha venido a revolucionar de un modo demasiado violento el antiguo patrón asistencial basado en la actitud caritativa y la medicina privada, al menos en los países en vías de desarrollo. Dentro de esta transformación mencionada es justamente la consulta externa o consulta ambulatoria la que ha sufrido el mayor impacto en el cambio. Salvo evidentes progresos realizados en las técnicas hospitalarias, médicas y administrativas, el núcleo básico de atención interna no ha sufrido grandes variaciones, por lo menos en América Latina. Sin embargo, el hecho de que la consulta ambulatoria de los hospitales de las primeras décadas de este siglo estuviera constituida en su mayor porcentaje, por los consultorios particulares, mientras que por causas de todos sabidas, estos consultorios privados se han visto sustituidos por las secciones de consulta externa de los mismos hospitales y más modernamente, por las clínicas y dispensarios periféricos, que ha hecho variar radicalmente la imagen de la medicina asistencial. A este nivel es en donde se producen los más serios desajustes en las relaciones humanas cuyas dificultades son detectadas por todos los profesionales con alguna experiencia en este campo.

Los organismos internacionales ya han enfocado estos grandes problemas, cuyo estudio se ha establecido a través de seminarios y cursos. Por ejemplo, en el razonamiento para la convocatoria de uno de estos eventos, el Boletín Informativo No. 32 de AISS y CISS, dice en una de sus partes: "Conviene, para el mejor desarrollo de las instituciones rebasar los obstáculos que determinan el deterioro de las relaciones humanas y relaciones públicas, que es frecuente apreciar en diversos niveles, con la población amparada, el sector empresarial y algunas instituciones del Estado, así como con los trabajadores de la Seguridad Social. La anormalidad de estas relaciones solo es posible encararla con el estudio de su origen, la teoría normativa del caso, la información suficiente y el dominio de las técnicas más idóneas".

Además, existe un factor agravante. Es claro, como bien dice el licenciado

Juan Manuel Terán<sup>1</sup> que dentro de la Seguridad Social en América Latina se siguen trayectorias y corrientes de mayor tendencia y contenido social que en los países desarrollados anglosajones. Nuestro impulso para lograr una revaluación del hombre y de la naturaleza tiende a ser una de nuestras primeras aspiraciones.

Por otra parte, no estaba preparado para interpretar y asimilar tanto cambio. Hernán San Martín,<sup>2</sup> pone de relieve los conflictos que se desarrollan con el trabajo en equipo, en las grandes organizaciones modernas, por las reacciones que se provocan entre las partes y enfatiza que únicamente se logrará una solución estudiando minuciosamente estos fenómenos de interrelación para que se produzcan en una dirección tal que satisfagan las necesidades mutuas.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, queremos solo mencionar los hechos de mayor relieve observados en experiencia práctica e intentaremos, aunque sea muy esquemáticamente, resaltar las principales dificultades en la relación humana y sus causas principales, aunque estamos seguros que no aportamos nada nuevo en un fenómeno ya bien conocido. Para ello dividiremos el análisis, tomando como centro al médico, en sus relaciones con los propios funcionarios paramédicos y administrativos, con los asegurados y con su empleador.

#### *Relación entre el médico y los empleados paramédicos y administrativos:*

Por primera vez en la historia de la medicina, podemos decir que el médico funcionario es miembro de una moderna empresa de salud, que lo convierte de pieza individual de la medicina privada, o de elemento fundamental en las tómidas y caritativas organizaciones anteriores, en un eslabón de un enorme engranaje operacional. Es eslabón esencial, reconozcámoslo, pero al fin y al cabo, eslabón de una cadena.

En este ambiente nuevo, extraño y siempre incómodo por la sensación de limitación que experimenta, no ha tenido tiempo para cambiar su mentalidad y encontrar su parte de una diferente proyección social. Además, integra un equipo con nuevas profesiones paramédicas que antes, o no existían, o no tenían el relieve que actualmente les ha dado el desarrollo de las ciencias del conocimiento humano.

Como bien dice el doctor Luis Castelazo (3) la medicina moderna trasciende del conocimiento de lo que es salud y de lo que es enfermedad, para convertirse en una ciencia de estructura social. Ya no tiene solamente el dilema de lo que es para sí mismo, sino lo que representa frente a la colectividad a la que sirve y, añadiríamos en nuestro tema, frente a los individuos que integran las nuevas grandes organizaciones de salud. El sentido individual de sus acciones,

que siempre ha sido el principio profesional por excelencia, ahora lo tiene que compartir con todo el engranaje humano de la organización a que pertenece. Esta integración, si puede adaptarse, le podría permitir trabajar en "equipo" en perfecta coordinación, no solo con los funcionarios paramédicos muy estrechamente ligados a él, sino con los administrativos que le forman, pudiéramos decir, la infraestructura para el desarrollo de su trabajo.

*La relación entre médico y paciente:*

En este rubro, los problemas humanos derivados del cambio radical ejercido por la medicina institucionalizada son de tal envergadura que necesitaríamos demasiado espacio para agotar el tema. Procuraremos esquematizar al máximo en favor de una referencia lo más completa posible. El doctor Nilo Vallejo, en su brillante exposición sobre Educación Social (4) al analizar la relación médico-paciente, apoya el criterio de que los factores psicológicos, sociales y culturales son elementos importantes en muchos problemas médicos de salud. "En una serie de estudios en diversas partes del mundo han demostrado que los seres humanos aun cuando tengan los mismos síntomas desde el punto de vista médico, tienden a actuar y reaccionar bajo la influencia de una variedad de normas, valores, creencias, temores, premios y castigos, esto es, en términos de los costos y beneficios ofrecidos por el papel social de la persona enferma". El entrecomillado son referencias de Kasey & McMahon pero son tan relevantes en cuanto a los problemas humanos de los enfermos, que es fácil darse cuenta de la magnitud de las dificultades en la medicina de los Seguros Sociales en que se trabaja bajo presión acentuada por ignorancia de todos los actores.

Antonio Ordoñez, Lucy Cohen y Julián Zamora (5) hacen un estudio muy demostrativo sobre la importancia de la comunicación y aunque esto solo afecta en una pequeña parte a nuestro problema, es digno de resaltar por cuanto pone relieve en la pobre relación médico-paciente de las consultas en los seguros sociales. Sin embargo, conviene aclarar que esta no es una característica de la medicina de masas, puesto que autores norteamericanos lo aplican con igual propiedad a la medicina privada, como Bloom (6), pero es indudable que se ha agravado considerablemente.

En resumen, se puede demostrar que cuanto mayor es la diferencia entre la condición social del médico o su actitud mental y la condición del enfermo, mayor es la dificultad para poder llegar a una comprensión mutua satisfactoria. El médico llamado "burocrático" —en el sentido de circunscribirse a la rutina para llegar al diagnóstico— llega muy fácilmente a ignorar el "fondo" del enfermo. Aparte de los hechos puntualizados antes que comprometen por igual al médico y a su paciente, veamos algunos que influyen en forma separada:



a) Si el médico no ha sido motivado y carece de conocimientos sobre la medicina social, tiende a ver, subconscientemente, al enfermo, como un causante directo de su pérdida de su imagen profesional dando lugar a una posición mental de recelo y resentimiento.

b) Un gran porcentaje de las consultas son por causas banales, subclínicas o bien abusivas por lo cual el facultativo se defrauda al emplear su tiempo muy lejos de la brillantez técnica en que fue iniciado en la mayoría de las Escuelas de medicina actuales.

c) Pobres sistemas de identificación para la labor individual, en donde y enfermos, o en unidad de tiempo le coarta su libertad profesional.

d) Bajos salarios en comparación con el rango de la profesión y los sacrificios sociales que ha prestado la clase médica a la colectividad.

e) Concepto del médico de que las demarcaciones de su trabajo en horas y enfermos, o en unidad de tiempo le coarta su libertad profesional.

f) Siente que no existen todavía las normas necesarias para estimular al profesional en su labor tanto para premiar al mejor, como para facilitar al máximo la capacitación técnica.

g) Grandes grupos tiene insatisfacción progresiva con las pocas oportunidades que se le ofrecen para compartir su trabajo de consulta ambulatoria con la del hospital.

Para los expertos que han tenido la ocasión de comparar varios países en todos los niveles de desarrollo, inclusive de diferentes continentes, les sorprende la similitud de los problemas de relaciones humanas ocasionados por los derechohabientes. Mencionaremos los principales:

a) Pobre dependencia de su médico tratante, agravada por causas banales o porque no es complaciente para los intentos de abuso.

b) La simulación, sea para lograr beneficios, o por cuestiones psíquicas.

c) Tendencia al autodiagnóstico y automedicación, así como la solicitud de exámenes y tratamientos especializados.

d) Incumplimiento en las citas e impaciencia en la espera, con lo cual se rompe toda la programación.

e) Desconfianza con los medicamentos que se otorgan.

f) Un aumento extraordinario del enfermo neurótico en relación con el consultorio privado, que reconsulta por la facilidad del servicio.

g) Desconocimiento absoluto de las más elementales bases de la solidaridad humana en la organización de la seguridad social.

*Relación médico-patrono:*

Cuando los conceptos de la Seguridad Social se concretan en instituciones, se asiste al nacimiento de organismos poderosos desde todo punto de vista, sobre todo por la gran influencia como inductores de cambio social. Pero es especialmente en el campo económico y político, en donde rápidamente comienzan a generarse corrientes, intra y extrainstitucionales, que inician una lucha de grupos por la conquista del poder institucional. Y en muchas de estas instituciones, esta competencia, a corto plazo, comienza a repercutir sobre su organización técnica y casi específicamente, en la administración de los servicios médicos. Anotamos brevemente los fenómenos de mayor interés:

a. La programación y desarrollo de los programas técnico-asistenciales a menudo sufren cambios u orientación por fuerzas extrañas a su propia finalidad.

b. Las jefaturas ejecutivas con frecuencia están expuestas a presiones ajenas a la estricta función técnica y no es infrecuente que los nombramientos se hagan independientemente de su eficiencia.

c. El desarrollo desproporcionado de grupos de poder intrainstitucional provoca a menudo interferencia en la marcha de los servicios técnicos.

d. A menudo se sobrepasa la capacidad empleadora de las instituciones, o de sus propios servicios médicos, por presiones de los grupos de poder, lo que repercute en la organización y costos de los servicios.

Puede desprenderse, como un corolario a los puntos enunciados anteriormente, la grave repercusión que comienzan a tener estos factores sobre el principio de autoridad y responsabilidad de los cuerpos de dirección de las instituciones de Seguridad Social. No es raro que comience a aparecer la indiferencia, que rápidamente conduce a la supresión del principio de autoridad, por inacción, o imposición de factores ajenos.

Frecuentemente se cita la falta de poder creador de mística institucional de los sistemas de Seguridad Social, entre los miembros del personal de sus servicios médicos, en comparación con otras organizaciones en donde se logra una mejor identificación del médico con su sistema. Pero la verdad es que en ninguno de ellos está el profesional tan expuesto a factores ajenos a su propio rendimiento profesional, que con gran frecuencia producen frustración o inseguridad.

*Resumen final:*

1o. Las escuelas médicas tradicionalmente han sido demasiado conservadoras en la configuración de sus planes académicos, lo que ha retardado el cambio en la actitud social del médico.

2o. Los sistemas clásicos de enseñanza médica han alentado muy poco la motivación inicial del estudiante, apagando su entusiasmo inicial.

3o. Con las áreas preclínicas, el estudiante no vislumbra al enfermo como la meta de su esfuerzo y en las áreas clínicas la enseñanza tiene poca proyección a la comunidad y su problemática social.

4o. La abstracción del fenómeno biológico ha ido ganando importancia, ante el ser humano enfermo, lo que ha fortalecido una ciencia médica con pobre proyección individual. El conocimiento médico se ha transformado en una finalidad en sí y no en un medio para atender al enfermo.

5o. Con las corrientes actuales, se vuelve a orientar la acción médica hacia el enfermo, su familia y su comunidad, incorporando y proyectando al médico hacia la sociedad y devolviéndole el contenido humanístico a su profesión.

6o. La medicina institucional es uno de los hechos más relevantes de nuestra época y sin embargo, poco estudiada por sus propios integrantes.

7o. La docencia médica dentro de la seguridad social ha sido escasa, en relación al desarrollo de sus propios servicios médicos. La enseñanza de la seguridad social en las escuelas médicas es tan escasa, que la mayoría de los médicos actuales desconoce los fundamentos sociales, técnicos y económicos que explican su enorme desarrollo.

8o. El desarrollo de programas educacionales a nivel del derechohabiente siguen siendo insatisfactorios y tímidos ante las metas establecidas por las mismas instituciones.

9o.— Hay suficiente evidencia, a través de múltiples estudios, para sostener que la formación de todos los trabajadores de la salud y el enfermo mismo, pertenecen a un sistema que desconocen y temen en sus nuevas disciplinas, por lo que continúa defendiendo los sistemas tradicionales y retardamos una adecuada respuesta a las muchas necesidades sociales.

10o. Las instituciones de Seguridad Social han completado, en grado variable pero siempre mayor, sus metas políticas, económicas y administrativas, que las de motivación de su personal en el área de la salud.

11o. Es frecuente que en las instituciones de Seguridad Social se produzcan mecanismos de presión que limitan, frustran o supeditan el principio de autoridad de las jefaturas. Este fenómeno, a nivel de los servicios médicos, repercute gravemente sobre su dirección y administración.

12o. El área de la educación médica debe transformarse en el campo específico de la acción de las instituciones de seguridad social. A lo largo de toda la carrera y con mayor énfasis en el período de formación clínica, sus instalaciones de servicios médicos deben transformarse en el campo óptimo para la formación médica orientada.

13o. Paralelamente, el mayor esfuerzo futuro de estos sistemas debe dirigirse a un enorme despliegue educacional tanto del enfermo como de aquellos que estarán a su cuidado, para lograr que la solidaridad social, como actitud humanística del individuo y del equipo de trabajo, constituya su propia razón de existir.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Terán Juan Manuel, "Enfoque de la Seguridad Social en Las Américas". Revista Mexicana de Seguridad Social. Año 1, No. 2. Noviembre de 1971.
- (2) San Martín Hernán, "Salud y Enfermedad" 2a. edición página 554.
- (3) Castelazo Ayala Luis, Editorial. Revista Médica del IMSS. Vol. 10. No. 4. 1971.
- (4) Vallejo Nilo, "Educación Social y Sanitaria de la población..." Ponencia oficial de la O.P.S. "Seguridad Social" No. 66. 1970.
- (5) Ordoñez Antonio, Cohen Lucy y Zamora Julián. "La Comunicación entre el médico y el paciente en consulta externa". "Educación Médica y Salud" Volumen 3, No. 3. 1969.
- (6) Bloom, S. The Doctor and his Patient. Russell Sage Foundation. 1963.
- (7) Dardón Carlos René, Editorial. Boltín del IGSS No. 19. Volumen I, Guatemala.

*APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES*

1.—PANAMA.

“RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA CAJA DE SEGURO  
SOCIAL DE PANAMA”.

Dr. Hernán A. Higuero J.  
Lic. Raúl Espino.  
Dr. Hernando Ponce Hidalgo.

2.—MEXICO.

“RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Dr. Rafael Senties V.  
Dr. Gonzalo Peimbert.  
Lic. Agustín Arias Lazo.  
Profa. Griselda Alvarez.  
Dr. Sergio Novelo.

# THE HISTORY OF THE UNITED STATES

1776

The first part of the history of the United States is the story of the thirteen original states. These states were the first to declare their independence from Great Britain in 1776. They were the first to form a new government, the United States of America.

The second part of the history of the United States is the story of the westward expansion. This was the period when the United States grew from a small country on the Atlantic coast to a vast empire that stretched across the continent.

1861

The third part of the history of the United States is the story of the Civil War. This was a period of great conflict and division, as the United States fought to preserve its unity and to end slavery.

The fourth part of the history of the United States is the story of the Reconstruction. This was the period when the United States sought to rebuild and reunite after the Civil War. It was a time of great change and progress, as the United States emerged as a more unified and powerful nation.

## INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la ponencia relativa a "RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL" presentada por la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá, 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.—Ha sido un acierto de los Organismos a cuyo cargo estuvo la elaboración del Temario del Congreso, recoger la proposición que hiciera en su momento la Caja de Seguro Social de Panamá, en el sentido de que se estudiara en este evento el aspecto de las Relaciones Humanas en los Servicios Médicos de la Seguridad Social.

2.—Reconocer el sentido de solidaridad que entraña el que haya sido precisamente la AISSCAP, Asociación que agrupa a las Instituciones de Seguridad Social de las Naciones que forman el Istmo Centroamericano, quien con esta aportación haya reflejado fielmente la convicción que existe en el sentido de que no se dará un paso firme en el terreno de la Medicina Social Integral que urge establecer en el hemisferio, si no se cuenta con la existencia previa, sólida e impostergable de un clima de adecuadas relaciones humanas.

3.—Hacer suyos íntegramente los conceptos y planteamientos que constituyen el cuerpo analítico y doctrinal de la ponencia, con especial énfasis en los puntos de su resumen final.

4.—Dejar constancia que todas las aportaciones hechas por los delegados coinciden íntegramente con los puntos antedichos, siendo digno resaltar el valor de las intervenciones de los Delegados de la Caja del Seguro Social Panameño y del Instituto Mexicano del Seguro Social, porque ellas la refuerzan con su contenido útil, práctico y aplicativo.

5.—Considerar de urgente necesidad que el texto íntegro de la ponencia se haga del conocimiento, con especial recomendación, de todos los Directores Generales de las Instituciones de Seguridad Social, las Escuelas de Medicina, las Escuelas de Enfermería, las Escuelas de Salud Pública y los Ejecutivos de las Asociaciones Nacionales de Hospitales e Instituciones Asistenciales del Continente, para que se incluyan en los programas docentes que impartan a todos los niveles asignaturas en las que se ilustre el estudiantado sobre teoría y práctica de las Relaciones Humanas, Sociología, Historia y Filosofía de la Medicina Social Institucional y Legislación vigente de Seguridad Social, no sólo de sus países respectivos sino también del resto de los países del hemisferio.

6.—Proponer que en las carreras, cursos y adiestramientos que impartan tales centros docentes, estas materias tengan carácter obligatorio y escolaridad respaldada por periodos de prácticas, en medida compatible con la realización de los programas de enseñanza, los recursos y las necesidades.

7.—Recomendar que el Congreso, por las vías que le sean apropiadas y en los términos en que habitualmente se recomienda a los Organismos Nacionales y a los Gobiernos de los Estados, solicite de los Directores Generales de las Instituciones de Seguridad Social lleven a efecto, por todos los recursos a su alcance, la difusión permanente y sostenida de la enseñanza de estos temas a todos los niveles y categorías de sus trabajadores, así como a la población amparada, mediante campañas de comunicación con Grupos Representativos de Trabajadores Organizados, Dirigentes de Centros de Trabajo, Cámaras y Corporaciones Patronales, etc., al mismo tiempo que procediendo a crear en las Instituciones Dependencias cuyo objetivo preciso sea la orientación de asegurados y derechohabientes beneficiarios para el disfrute cabal de las prestaciones médicas, conduciéndose con gratas relaciones humanas y formulando sus inconformidades, cuando así proceda, por los conductos adecuados y en términos de solidaria comprensión y equilibrio entre derechos y obligaciones.

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo de

*Grupo de Trabajo No. 6*

Mesa Directiva:

Presidente: Dr. Guido Miranda (AISSCAP).

Vicepresidente: Dr. Carlos Boettner (Paraguay).

Secretario Técnico: Dr. Gustavo Báez H. (Panamá).

Integrantes:

Dr. Manuel Gómez Noguera (México).

Dr. Hernán Higuero J. (México).

Dr. Miguel A. Logrino B. (República Dominicana).

Dr. Gonzalo Peimbert (México).

Dr. Hernando Ponce H. (Panamá).

Dr. Rafael Sentíes V. (México).