

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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



ASUNCION - PARAGUAY

**IV CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
CISS - AISS**

Auspiciado y Organizado por:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

22 al 30 de Septiembre de 1974

I N D I C E

	Página
COMISION ORGANIZADORA	17
AUTORIDADES DEL CONGRESO	19
TEMARIO	21
INTRODUCCION	22
PROGRAMA GENERAL	27
CRONICA DEL CONGRESO	33
LISTA DE DELEGADOS Y OBSERVADORES	43
PRIMERA SESION PLENARIA	61
INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD. Documento preparado por la Asociación Internacional de la Se- guridad Social.	63
ANALISIS DE LOS EFECTOS RELEVANTES QUE DETER- MINAN EL COSTO DE LA ATENCION MEDICA Y SU CON- TROL ADMINISTRATIVO. Documento preparado por el Comité Permanente Interamerica- no de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médi- co Social	77
COSTOS E INVESTIGACION ECONOMICA APLICADOS A LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD. CONSIDERACIONES PRELIMINARES. Documento preparado por la Organización de los Estados Ame- ricanos	95
PRIMERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SO- BRE EL TEMA	113
INFORME FINAL DE LA PRIMERA SECCION.....	115
SEGUNDA SESION PLENARIA.....	117
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRES- TACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,	

INTRODUCCION

Un Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social —según la certera valoración del doctor Jérôme Dejardin— “es foro privilegiado, en el seno del cual aspectos trascendentes de la Medicina tienen las mayores posibilidades de ser analizados objetivamente”, con propósitos de superación en la organización y administración de las prestaciones de salud que benefician a importantes grupos de población, cada vez más numerosos y significativos, de los países de la región americana.

El IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, realizado en la ciudad de Asunción con el auspicio y organización del Instituto de Previsión Social del Paraguay en las instalaciones de su Hospital Central, tuvo como tema rector la “Estructuración de Programas Básicos de Salud”, al que sirve de marco conceptual el discurso magistral pronunciado en la ceremonia inaugural por el doctor Luis Castelazo Ayala, Presidente de la Comisión Regional Americana Médico Social y Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, que a continuación se transcribe:

“El tema central Estructuración de Programas Básicos de Salud, exige tener presente que la Medicina, en su evolución, intenta abandonar la actitud tradicional de limitarse al tratamiento de enfermedades individuales y se adapta cada vez mejor a las necesidades de todas las personas y de todos los grupos sociales, buscando modificar la historia natural de las enfermedades, promoviendo y manteniendo su salud en condiciones óptimas al través de influir en los factores físicos, sociales, culturales y psicológicos del ambiente, para asegurarles bienestar, desarrollo de sus capacidades y una calidad de vida mejor y solidariamente compartida.

Para que quienes la ejercitan, la medicina, puedan desempeñar un significativo papel social, es indispensable exigirles estudiar y participar en la vida comunitaria, analizando su pasado a fin de precisar su función en el presente y el futuro.

La medicina de la Seguridad Social no puede quedar al azar, sino unirse al proceso del desarrollo social. Creemos que algunos procesos en el desarrollo social, como el crecimiento demográfico, migraciones de población con sus consecuencias de metrópolis ruralizadas, industrialización, tecnificación de los servicios médicos, cambios económicos y administrativos, han superado en su evolución al espíritu de numerosos médicos, que siguen tratando de resolver hechos individuales, sin penetrar en el origen de ellos y por lo tanto en el valor social de la salud. Y ello, a pesar de que los organismos responsables de impartirla, hayan hecho valiosos intentos para darle la verdadera dimensión humanística y social a la medicina institucionalizada.

Es conveniente por lo tanto, actuar para modificar nuestros juicios de valor y nuestra conducta, si queremos evitar o limitar el daño en las comunidades. En tanto subsista la definición de problemas de salud, como el conjunto de factores que condicionan las enfermedades y su distribución en los órdenes biológico, histórico y cultural, las instituciones deberán apresurarse a estructurar programas congruentes con la realidad, y por lo tanto deberán contar con una política: verdaderos enunciados de lo que se proponen hacer y de como llevarlo a la práctica.

Es incuestionable que se está generando un aumento en la demanda colectiva para obtener una mayor salud y que el ritmo creciente de la seguridad social exigirá una programación y planificación realista de sus acciones. Nuestros sistemas actuales de salud han concentrado sus esfuerzos en la atención de la enfermedad más que del paciente. Los males poco comunes reciben múltiples acciones, por la espectacularidad y mal entendido prestigio que procuran a quienes los atiende, en tanto que los comunes y frecuentes se consideran de escaso interés. El resultado ha sido, que una gran cantidad de necesidades de los pacientes no reciben atención, entre ellas la planificación de la continuidad del cuidado, la orientación sobre lo que es salud y el apoyo psicológico.

Los Programas Básicos de Salud para la operación de las Unidades Médicas, deberán estar dirigidos a equilibrar las acciones asistenciales, preventivas y de rehabilitación considerando las condiciones sociales y culturales de las comunidades que protejen a fin de orientar las actividades de educación sanitaria en todo lo que puedan contribuir a su desarrollo. Estos programas permitirán a su vez que el deterioro a que ha estado sujeto el personal de salud, se detenga y cambie hacia una actitud de optimismo y progreso, al darle a conocer:

- La verdadera problemática médica, social y económica de la población a su cuidado;
- Las acciones que deba ejecutar sobre esa base; y
- Las modificaciones que imprimirá a dicha problemática con ellas.

A los grupos de trabajo les ha faltado, en suma, motivación, metas y medición de logros. Tal vez sea oportuno insistir en que los conceptos plenos de lo que es la salud, la epidemiología, la planificación y programación, los métodos operacionales, los análisis de sistemas y las ciencias sociales, no han sido incorporados a los diversos integrantes de los equipos de salud. El médico clínico sigue mostrando poco interés en esos campos, quizá debido a la terminología usada, a la falta de integración con elementos clave como los Maestros en Salud Pública y Epidemiólogos, a la sofisticada presentación de estos temas como si el objetivo fuera manejarlos por un grupo selecto y privilegiado, en lugar de incorporarlos en su manejo conceptual y práctico a todas las disciplinas.

Estas observaciones deberán llevarnos a la idea de que la estructuración de los programas de salud, por ser básica, debe ser siempre fácilmente comprendida, de tal forma que todo el personal encuentre sin dificultad ubicación, y perciba su propia importancia como parte de un equipo y la significación de realizar en forma correcta las actividades de que resulta responsable.

Sacar al médico de la actuación rutinaria, deteriorizante, sin clara perspectiva social, y situarlo en un marco de acción congruente con los principios de la Seguridad Social, ante un programa concreto de acciones, sintiendo el verdadero valor de la actuación médica dentro del equipo de salud, le permitirá la autorrealización plena como profesional y como humanista, característica esta última muy honda de nuestra actividad.

Este cambio que debe propiciarse en la gran masa de trabajadores institucionales de la salud, terminará a breve plazo por consolidar un nuevo modelo de personal, más consciente, más creativo, más inducido a la investigación y a la docencia y por lo tanto, convertido en un señalado instrumento para la superación de los servicios y un factor de desarrollo de las comunidades en su conjunto.

Considerando que los Programas Básicos de Salud para su elaboración, implantación, desarrollo y evaluación requieren de cimientos sólidos que garanticen los objetivos generales y operaciones que se les fijen, conviene señalar que se deben apoyar con modificaciones estructurales principalmente en el cuadro de personal. Este debe estimarse a sí mismo como agente de cambio social, servidor y educador de la comunidad, y por lo tanto, constructor y planificador de sus programas.

La formación de directores, administradores, médicos generales-familiares, expertos en planificación, codificadores y otros varios elementos, hará que se conformen cuadros capaces de interesar y participar con otros profesionales y técnicos, en la estructuración y conducción de sus programas.

En resumen, las Instituciones de Seguridad Social deben considerar la posibilidad de abandonar gradualmente el peso de la demanda espontánea de atención médica, especialmente asistencial, para entrar al campo de la atención médica planificada, elaborando programas para cada unidad de atención, que establezcan claramente la interrelación entre ella y la población a servir. Promover el estudio de comunidades, darlo a conocer al grupo asistencial para que programe acciones congruentes con la realidad social y vincular más estrechamente hogares y unidades de servicio, es una línea de conducta que identificará entre sí, a quienes demandan atención médica y a quienes tienen el deber de otorgarla.

Recorrer este camino, es favorecer una actitud de cambio positiva que contribuirá a la creación de una medicina fértil, constructiva e incorporada al desarrollo integral de nuestros países.

Aceptemos que el amplio concepto de preservar la salud, es incompatible con el desconocimiento de las comunidades y con la falta de acciones programadas dentro de una estructura orgánica, que las articule y proporcione continuidad en la promoción del bienestar, base fundamental de la medicina integral, que las instituciones de Seguridad Social deben ofrecer a sus derechohabientes”.