

# CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA

## La integración de las ciencias médicas y sociales como base de la Innovación\*

Conferencia del 60º Aniversario  
Milbank Memorial Fund.  
Abril 5 al 7, 1965. New York City

Ha sido para mí un alto honor el haber sido invitado a dirigirme a Uds. con ocasión de la Conferencia del Sexagésimo Aniversario del Milbank Memorial Fund.

He admirado desde hace mucho tiempo las actividades sustentadas por el Fondo. En particular, me ha impresionado su visión anticipada de las cosas. Con cuánta frecuencia el Fondo se ha adelantado a los demás en el reconocimiento de materias importantes en las que sus propios recursos relativamente limitados —limitados en comparación con los de fundaciones gigantes— pudieron alcanzar el mayor impacto. Cuando éste había sido logrado y cuando era manifiesto que otros organismos con mayores recursos, gubernamentales o de otra especie, se habían interesado y se encontraban preparados para hacerse cargo de aquél y ampliar el ataque al problema, el Fondo lisa y llanamente viraba y dirigía sus inversiones a campos nuevos y abandonados. Tal vez el ejemplo más impresionante de anticipación lo hayan constituido sus estudios sobre problemas de población, iniciados en 1928 cuando muy pocos reconocían su gravedad y urgencia. Otro ejemplo, fue el desarrollo y apreciación de los servicios de salud mental, especialmente el fomento de métodos abiertos de tratamiento, y el estudio epidemiológico de la enfermedad mental.

Con ocasión de la Conferencia del Sexagésimo Aniversario del Milbank Memorial Fund, en abril de 1965, el Dr. Anthony M. M. Payne, en la sesión de apertura se refirió a la influencia de los factores ambientales y de la conducta social en la aparición y desarrollo de muchas enfermedades. Hizo notar que los avances tecnológicos en las ciencias de la comunicación y en el procesamiento de datos se habían hecho indispensables en las ciencias exactas, mientras que en las ciencias sociales y del comportamiento su progreso ha sido muy lento.

Estos conceptos de integración, que no son nuevos, afirma el autor, son opuestos a los de la educación médica convencional.

Como corolario de sus reflexiones, el autor pone el acento en la necesidad del enlace entre las ciencias médicas y las del comportamiento para la concepción de una nueva unidad que favorecerá la innovación que con tanta urgencia se reclama.

Se confirma así, una vez más para los lectores de CUADERNOS MEDICO-SOCIALES la permanente orientación que en este aspecto ha caracterizado a nuestra Revista y, por eso, damos en extenso publicidad a este interesante trabajo.

Nuestros más sinceros agradecimientos al Dr. Robin F. Badgley por la gentil autorización, otorgada con anterioridad, de que hacemos uso para reproducir las publicaciones del Milbank Memorial Fund Quarterly Review.

ANTHONY M. M. PAYNE, M. D.,  
F. R. C. P.

En este Sexagésimo Aniversario surge ante nosotros un nuevo ejemplo de buen sentido de las Juntas y Administradores del Fondo. La frase inicial de la descripción de su actual programa reza: "En la compleja sociedad de hoy, las profesiones de salud y medicina tienen que apoyarse cada vez más en las ciencias sociales y del comportamiento para lograr un resultado provechoso". Formular tal declaración en el momento en que gran parte de la profesión médica está obsesionada —no creo que ésta sea una palabra demasiado fuerte— con los sensacionales progresos en el campo de la biología molecular, demuestra gran sagacidad y valentía.

La única razón que, sin embargo, he encontrado para dudar de la sagacidad del Fondo ha sido la invitación que se me ha hecho para dirigirme a Uds. hoy día. Acepté con muchas vacilaciones porque, fuera de una experiencia relativamente corta en educación médica, me considero malamente equipado para contribuir a cualquiera de los temas de esta conferencia.

Tenemos ante nosotros tres temas: cambios de población, la eficacia de los servicios de salud mental, y las ciencias del comportamiento

\* El título del original en inglés es: *Innovation out of unity.*

en la educación médica. En la forma que yo los veo, todos guardan una importante relación con una materia, el comportamiento social. Están relacionadas con éste en formas algo distintas, de tal manera que creo que no sería absolutamente correcto identificar el comportamiento social como un hilo común que los ate juntos. Lo imagino más bien como una masa central o un cristal con facetas a las cuales se encuentran prendidas las tres áreas principales de nuestro interés. La interacción está ocupando lugar en estas intercaras, pero ellas son distintas para cada una. Desearía examinar un poco más este modelo a fin de ver si puede contribuir a nuestro conocimiento de la salud y la enfermedad humanas en general, incluyendo las materias que hoy tenemos ante nosotros.

Bronowski, uno de los más destacados filósofos científicos de nuestro tiempo, escribió: "La innovación ocurre cuando la mente percibe en medio del desorden una nueva y gran unidad". A primera vista, esto podría traer consigo la imagen del gran científico saltando desnudo fuera del baño con el grito de "Eureka" y con la solución de uno de los mayores problemas del universo en la punta de la lengua. Bronowski, por cierto, no quiso decir nada de esto. El tenía pleno conocimiento del largo y doloroso proceso de la concepción, desarrollo y alumbramiento de la innovación en la ciencia.

La esencia de lo que él escribiera era la percepción de que la unidad en la confusión constituye una base fundamental para la innovación. Sin embargo, la innovación no sigue necesariamente cuando se percibe una nueva unidad. Harbin ha señalado que ella requiere una completa estructura teórica para mantenerse firme contra un todo complejo y concreto. Una unidad percibida frente a una compleja estructura teórica puede aparecer como aprobada y luego desaprobada, de una a otra época, a medida que la ciencia se desarrolla y que la teoría se modifica para explicar nuevos hechos. Esto puede suceder incluso si la unidad es efectivamente parte esencial de la teoría completa.

Esta es la confusión con la cual nos enfrentamos hoy en medicina, dentro de la cual debemos tratar de percibir una nueva unidad. Permítanme dar un ejemplo de lo que quiero decir.

Hace treinta años —y aún hoy día en muchos lugares— el concepto de la etiología específica de la enfermedad era incontestable. Tal concepto tenía su origen en los descubrimientos de la era de Koch y Pasteur— aunque, que yo sepa, el propio Pasteur nunca lo planteó. De acuerdo a esta hipótesis, la causa de una enfermedad infecciosa es el agente; todo lo demás es de importancia secundaria. Sobre su base, fueron realizados inmensos progresos que a la luz del conocimiento existente parecieron confirmarlo. La misma hipótesis fue, por consi-

guiente, extendida a una amplia variedad de otras enfermedades, y los científicos médicos se empeñaron en una búsqueda de la *causa* del cáncer, de la enfermedad cardíaca, de los trastornos nutritivos, de las enfermedades mentales, de los trastornos metabólicos, etc. Ellos realizaron muy importantes y valiosos descubrimientos, pero si éstos son examinados atentamente, ellos resultan concernir más a los *mecanismos* de los procesos patológicos que a su *causa*. Volveré sobre este punto.

Hoy día sabemos que el concepto de la etiología específica, incluso de la enfermedad infecciosa, es incorrecto excepto en el sentido semántico. Por definición, uno no podrá tener tuberculosis sin el bacilo tuberculoso ni, por igual razón, se podrá sufrir un accidente automovilístico sin un automóvil, aunque el automóvil mismo sea rara vez la causa del accidente. Esto resulta del presente método de clasificar la enfermedad infecciosa sobre la base del concepto de etiología específica. Con el conocimiento creciente de la diversidad y comportamiento de los agentes infecciosos y de la respuesta del hombre bajo una variedad de circunstancias, es evidente que existe un grosero exceso de simplificación —no porque haya sido totalmente errónea— sino porque el complejo real en que se basó era gravemente incompleto. Se ignoró la influencia de otros factores, muchos de los cuales, desde luego, habían sido reconocidos durante 2.000 años, desde los tiempos de Hipócrates. Estos factores incluyen muchos elementos ambientales y conductuales que, sin embargo, eran mucho más vagos, vale decir, menos "científicos" que los descubrimientos de los científicos naturales.

El pensamiento científico se inclina naturalmente al orden. Tiene la tendencia a rechazar los campos en que el orden no está claramente manifestado. El énfasis, por lo tanto, ha sido puesto en las materias que pueden ser estudiadas en el laboratorio, habiéndose exteriorizado la tendencia a acentuar el estudio de fragmentos más y más pequeños de todo el organismo. Aun cuando todo el organismo está siendo estudiado, éste es cuidadosamente aislado de la influencia del medio ambiente natural. Aunque este enfoque ha incrementado grandemente nuestro conocimiento de los mecanismos fundamentales, poco nos dice de los factores externos que pueden accionarlos. Para citar un ejemplo extremo, se puede aún cuestionar la validez de muchas de las comprobaciones de la bacteriología. Aquí uno de los primeros pasos es fijar un cultivo puro. Esto representa una muestra seleccionada en sumo grado, derivada tal vez de algunas pocas muestras de la población original de billones de organismos de todo tipo. Es algo así como emitir un pronunciamiento sobre la gente de Nueva York, a par-

tir de un estudio de, digamos, dos personas; si así lo hiciéramos, no tendríamos siquiera la seguridad de descubrir que existían dos sexos. Un epidemiólogo no conservaría su cargo por mucho tiempo si así procediera. Sin embargo, están saliendo a luz datos que muestran que los organismos desarrollados en cultivo puro se comportan diferentemente de los cultivos mezclados —que es lo que siempre encontramos en la naturaleza—. Esto es así, aún cuando la mezcla corresponda a diferentes cepas del mismo organismo. Por ejemplo, la virulencia parece ser profundamente influida por el grado de las mezclas de cepas virulentas y no virulentas, y ello no es simplemente asunto de proporciones de cada una, sino que es debido a diferencias en ciertos procesos bioquímicos en las cepas virulentas y no virulentas que actúan recíprocamente entre sí. El mismo tipo de acción recíproca se presenta en poblaciones de todos los animales y especialmente del hombre con la muchísimo mayor complejidad de sus procesos mentales y de las condiciones sociales y ambientales en que éste vive. Sólo que aquí la acción recíproca (interacción) es principalmente psicológica y social, no bioquímica. Naturalmente, hay también importantes interacciones físicas, químicas y biológicas; el hombre infecta a su vecino, cubre sus ciudades con "smog" y contamina sus abastos de agua. Estas deben ser y están siendo estudiadas.

Pero para volver a la presente obsesión de los científicos biológicos con las más pequeñas partículas, hay poca duda de que la interpretación del Código de DNA y el mayor conocimiento de los mecanismos internos de las células extenderán nuestra capacidad para curar la enfermedad y para retrasar la inevitable llegada de la muerte. No estoy restándole importancia a esto. Pero estos descubrimientos podrán aportar a lo más sólo una parte del conocimiento que necesitamos para enrentar los mayores desafíos que comprometen a las poblaciones de hoy y de mañana. Muchos de estos pueden ser observados por nosotros y acaso el pensamiento más purificador sea que pocos de ellos son realmente nuevos. Han sido reconocidos por décadas o incluso por siglos. Un remiendo aquí, un pequeño alivio allá, un ojo ciego más allá, nos han permitido hasta aquí evitar el enfrentamiento con el verdadero desafío. Pero las arenas se están escurriendo y la velocidad y magnitud de los progresos tecnológicos nos están por fin obligando a hacer frente honradamente a los problemas. La avestruz con su cabeza oculta en la arena no se encontraba en una posición defensiva segura, ni siquiera en los tiempos del arco y la flecha, aunque podría haber sido capaz de detectar los pasos del cazador que se aproximaba. Pero los peligros ya no están encaramándose

se lentamente; la velocidad de su acercamiento es alarmante.

Hoy día nos encontramos encarando tres erupciones: la población, la marea creciente de las expectativas y, tras de ellas, la bomba. Podemos tratar de eludir la responsabilidad por la última, pero creo que si hace explosión habrá de ser porque hemos dejado de controlar las otras dos. Yo no estoy insinuando que las profesiones de salud tengan la responsabilidad primordial incluso en éstas, pero éste es ciertamente un rol mayor al cual las profesiones de salud como un todo sólo han enfrentado en forma fragmentaria. Es en una unidad de enfoque entre las profesiones médicas y las ciencias políticas y sociales donde debemos buscar la innovación.

Estos problemas no pueden ser agarrados en el laboratorio, aun cuando el laboratorio puede ayudar. Ellos deben ser estudiados en el contexto de la vida real con su multitud de variables, algunas obviamente pertinentes, algunas aparentemente remotas aunque altamente significativas, algunas extrañas. Nuestros estudios deben abarcar este alejamiento. Hace veinte años las implicaciones de tal sugestión habrían parecido tan imposibles que sólo se les habría concedido el más superficial de los exámenes. Hoy día los avances tecnológicos en la ciencia de las comunicaciones y en el procesamiento de datos justifican su acuciosa consideración. Por primera vez somos capaces de manejar grandes cantidades de variables y masas de datos y formular preguntas de los datos en una forma nunca antes posible. Pero debemos aprender como compilar el exacto tipo de datos porque, para parafrasear a un conocido animador, "una computadora es como un albañal — lo que Ud. extrae de él depende de lo que puso en él".

La utilización de estos avances tecnológicos ha resultado más rápida cuando la información que debía ser analizada constaba de cifras con un grado conocido de precisión. En los negocios y en los aspectos fiscales del gobierno, ellos pronto se han hecho indispensables y fueron introducidos en las ciencias más precisas, físicas y químicas. En las ciencias biológicas se ha realizado gran progreso. Sin embargo, en las ciencias sociales y del comportamiento el progreso ha sido más lento.

Una dificultad mayor ha sido la educación de las observaciones de estas ciencias a una forma que sea tan significativa como capaz de ser manejada por estos métodos. Por ejemplo, podríamos intentar clasificar la sanidad de 1 a 10, desde sano a insalubre, pero eso sería científicamente falso en absoluto. A fin de justificar la ubicación de cualquier grupo de observaciones o enfermedades dentro de una categoría, debemos demostrar que todas ellas tienen algún rasgo esencial o rasgos en común. Todo lo que los

diversos quebrantos de salud tienen en común es la anomalía de comportamiento que puede tener sus orígenes en varias de una amplia gama de influencias —bacteriana, toxicológica, orgánica, psicológica, social y ambiental, etc.—. Clasificar a todas éstas en un grupo es como poner juntos arvejas, guijarros y píldoras de alimento para conejos sólo porque son más o menos redondos. Evidentemente la calidad de redondez no bastaría para justificar su clasificación en conjunto. Tampoco un elemento conductual aislado es suficiente para justificar la ubicación de todas las anomalías de comportamiento en una categoría. Sería provechoso si pudiéramos definir bastante más claramente la naturaleza de las cualidades que pudieran dar como resultado clasificaciones más útiles.

He mencionado ya que las enfermedades infecciosas son clasificadas juntas sobre la base de un concepto que se ha demostrado inadecuado. Lo mismo es verdad para muchos otros tipos de enfermedad. Yo pienso que la insuficiencia surge del hecho que una única cualidad tiene importancia abrumadora. En las enfermedades infecciosas, por ejemplo, nuestro interés no está ahora limitado a responder la pregunta de *cómo* enfermó el paciente —a causa de una infección—, sino que también inquiriere *por qué* se enfermó. Esto introduce inmediatamente las circunstancias que rodearon su infección, su respuesta a ésta, y por qué ésta difería de otros que fueron infectados y no enfermaron. La infección “específica” llega así a ser *una de las múltiples causas de su enfermedad*. Podemos avanzar un poco más y estudiar otros miembros de la población afectada por estas múltiples causas sin la infección específica, para ver de qué enfermedades sufren. Comprobamos que ciertos grupos de enfermedades pueden ser asociados con ciertos tipos de comportamiento, con ciertas condiciones socio-económicas, y con influencias sociales y ambientales. Esto, desde luego, no es una opinión nueva. Hemos conversado mucho de las enfermedades de la miseria y otras. Pero lo que no ha sido intentado, que yo sepa, es el uso de factores de esta clase como base para la clasificación de la enfermedad.

Ilustremos lo que quiero decir. La parálisis infantil endémica, como se acostumbra llamarla, es una infección que raras veces se transforma en enfermedad y que es causada por el virus polio. La poliomielitis parálitica epidémica, por otro lado, es una enfermedad social que resulta del retardo en la infección viral primaria hasta una edad en que la parálisis sigue a la infección con mucho mayor frecuencia que cuando ésta ocurre en la infancia. Esta dilación es producida por la organización social y por la aplicación de medidas sanitarias delineadas para prevenir la propagación de las infecciones intestinales. A medida que los países han mejo-

rado su higiene y saneamiento en el curso del desarrollo socio-económico, la poliomielitis ha entrado a la fase epidémica en forma pronosticable. Ha habido, desde luego, algunas excepciones a estas predicciones, como sería de esperar en cualquiera de tales complejos sistemas biológico-sociales. Algunos de éstos pueden ser explicados dentro de la presente teoría; otros pueden ser explicados sobre la base de presunciones que no podemos verificar con las herramientas actualmente disponibles. Si éstos deben ser desaprobados, puede ser necesario revisar nuestra teoría para tomar en cuenta los nuevos datos. Mientras tanto, el concepto se ha demostrado de considerable valor.

Podemos, por tanto, volver la página y decir que una de las enfermedades que resultaría del desarrollo socio-económico, si no se tomaran medidas, es la poliomielitis parálitica epidémica, y podemos predecir globalmente, sobre la base de los índices del desarrollo socio-económico, en qué etapa aproximadamente ella aparecerá. Utilizando los mismos índices, podemos pronosticar que ciertas enfermedades *decrecerán* en importancia, los trastornos intestinales de la infancia, por ejemplo. Advertirán Uds. que designo a estos trastornos intestinales como no-infecciones. En realidad, podemos identificar los organismos patógenos sólo en una cuarta parte de los casos. No conocemos realmente los roles relacionados con la infección, nutrición, equilibrio electrolítico, y otros disturbios fisiológicos y patológicos, en los otros tres cuartos de los casos. Pero, fundamentalmente, todas estas son enfermedades sociales que pueden ser corregidas por medidas sociales sin recurrir a ninguna medida específica antibacteriana.

Los mismos cambios sociales tienen otra consecuencia. La proporción de la población en los grupos de la infancia y de la edad preescolar aumentará, estirando más los ya estirados recursos para la provisión de adecuada nutrición durante los años críticos de desarrollo, y la apropiada educación sobre la cual descansa el logro de las expectativas surgentes para la próxima generación. Una consecuencia de la desnutrición, que sólo ahora está siendo reconocida, puede afectar adversamente a ésta, esto es, que la desnutrición en cierta etapa del desarrollo puede dar por resultado un grado de permanente deterioro de la capacidad intelectual. En qué medida esto puede ser corriente o grave, todavía no lo sabemos.

Hay otros resultados de los mismos cambios sociales, pero espero que estos ejemplos bastarán para ilustrar mi hipótesis, que es que *examinando los factores sociales, especialmente los factores cambiantes, cuantificándolos lo mejor que podamos, y relacionándolos con los cambios concomitantes, tanto favorables como desfavorables, en el bienestar humano, podemos ser*

capaces de clasificar el último en términos de los factores sociales que los realizaron en vez de hacerlo en términos de un llamado agente específico, infeccioso o de otro tipo. Si a través de este enfoque podemos identificar más claramente los factores comprometidos, deberíamos poder revisar las prioridades para la asignación de los recursos existentes en forma que ellos tengan su máximo efecto.

La tuberculosis es otra de las enfermedades de la miseria, y ella ejemplifica también algo de las ventajas potenciales de este enfoque. Bajo las condiciones de la miseria, la tuberculosis es más grave como enfermedad de la primera y segunda infancia asociada a la desnutrición, el hacinamiento y todas las demás deficiencias sociales que Uds. conocen bien. Este es el grupo etario en que está ocurriendo la propagación activa. Los padres jóvenes constituyen una importante fuente de infección para la generación siguiente, pero los adultos de edad mediana son relativamente de poca importancia en la epidemiología de la enfermedad en tales situaciones, en parte porque una gran proporción de los incapaces de vencer la enfermedad mediante sus defensas naturales habrá muerto.

En los países altamente desarrollados el cuadro es totalmente diferente. La enfermedad en el joven ha sido reducida a niveles muy bajos; los resultados de la infección primaria, la meningitis y la tuberculosis miliar, se ven muy raramente. El reservorio más importante de la enfermedad surge desde la caída de la llamada lesión cerrada, especialmente en el hombre de edad mediana. Epidemiológicamente la única cosa que estas dos enfermedades tienen de común es un organismo específico que, como ya lo he sugerido, no es una razón suficiente para colocarlas en una misma categoría.

Examinemos, por lo tanto, la tuberculosis en los países altamente desarrollados para ver si podemos identificar los factores que son responsables de estas diferencias.

La primera comprobación es que mientras en las áreas subdesarrolladas prácticamente el 30 por ciento de los infectados con el germen desarrollan la enfermedad, en los Estados Unidos sólo alrededor del 3 por ciento lo hacen. ¿En qué forma este 3 por ciento difiere del 97 por ciento que están infectados pero sanos? Una serie de recientes estudios ha revelado una cantidad de factores que han sido resumidos por Cassell como sigue: Ellos (los casos de tuberculosis) proceden frecuentemente de familias destruidas; viven en áreas en que ellas constituyen una minoría distinta, no aceptada por la mayoría dominante; han sufrido un excesivo número de cambios de domicilio y ocupación; frecuentemente se trata de más solteros, divorciados o viudos que en el resto de la población; y han sido sometidos a remontar la cues-

ta de la vida sin un sólo período de aflojamiento. Otra diferencia de la forma juvenil de la enfermedad es que ni la nutrición ni el hacinamiento parecen tener un efecto importante, sobre el riesgo para desarrollar la forma adulta tardía. La diferencia entre estos factores y los responsables de la forma juvenil es tan grande que, en mi opinión, las formas del niño y del adulto deben ser consideradas como enfermedades diferentes.

Sin embargo, por importantes que sean estas observaciones, surgen de estos estudios hechos aún más significativos. Se comprobó que las experiencias sociales de aquellos que desarrollan la esquizofrenia o que cometen suicidio han sido notablemente semejantes a las de los tuberculosos. En contraste, no existió tal semejanza en las personas que desarrollaron una psicosis maniaco-depresiva.

De acuerdo a mi tesis, y Cassel también lo sugiere, la tuberculosis adulta, la esquizofrenia y el suicidio deben ser clasificados juntos como una categoría de enfermedades relacionadas con factores sociales identificados. La psicosis maniaco-depresiva debe ser colocada en otra categoría en vez de ser clasificada con la esquizofrenia, como actualmente sucede.

La utilidad de esta clasificación modificada se hace evidente de inmediato. Sabemos ya que el problema de la tuberculosis tardía del adulto no puede ser enfocado en la misma forma como la enfermedad juvenil. Necesitamos incluir en nuestro enfoque a la primera, un ataque a los factores sociales identificados, y si lo hacemos así, estaremos al mismo tiempo contribuyendo a la solución de otras dos importantes enfermedades consideradas como totalmente diferentes de acuerdo a la actual clasificación. Además, estaremos conscientes de la necesidad de incorporar a nuestro programa la habilidad adicional necesaria para la apreciación de las anomalías mentales.

Estoy en pleno conocimiento de que estos conceptos están absolutamente en oposición con los usados en la educación médica convencional, y que se encontrarán con la crítica y el escepticismo, aún cuando no son realmente nuevos. En realidad, es asunto de reordenamiento de ideas, y a veces eso puede ser todo lo que se necesita para percibir una nueva unidad.

Con la esperanza de clarificar esto, deseo volver brevemente a un punto al que ya me he referido. Me parece que existe algo de confusión en los científicos biológicos entre la *causalidad* y los *mecanismos* que llevan al *efecto* que llamamos *enfermedad*. Existen, desde luego, dificultades filosóficas respecto a lo que es una causa, y existen todos los problemas de la causalidad directa o indirecta. Pero no es este el lugar para discutirlos. A riesgo de simplificar excesivamente, definiré la *causalidad* como la

suma de esos factores, extrínsecos o intrínsecos, que se combinan para *iniciar* los mecanismos intrínsecos que a su vez conducen a ciertos efectos que pueden ser definidos como enfermedad. De esta manera, la causa de la diabetes, por ejemplo, no es la deficiencia de insulina; ésta forma parte del mecanismo. La causa reside más atrás, en formas genéticamente determinadas tal vez generaciones atrás; en las formas adquiridas, las influencias del comportamiento y del ambiente tienen participación. La causa de la trombosis coronaria no es la formación de un trombo que bloquea la arteria, ni es el proceso ateromatoso, o el cambio de coagulabilidad de la sangre. Estas son mecanismos. Las causas residen mucho más atrás en factores conductuales y ambientales, incluyendo régimen alimenticio, ejercicio, ocupación, tensiones, etc.

Mi tesis, por lo tanto, es en esencia que debemos intentar reclasificar las enfermedades de acuerdo a este concepto de la *causalidad* y no de acuerdo a los *mecanismos*, como es la práctica actual para muchos grupos de enfermedades, ni de acuerdo a los criterios descriptivos relacionados con el efecto de estos mecanismos, esto es, la enfermedad clínica, como es la práctica para otros.

Francamente, yo no sé si esto puede ser hecho con buen éxito. He presentado estas especulaciones hoy día porque me pareció que podrían servir para descubrir las interrelaciones entre los tres temas principales de esta Conferencia.

El problema de población implica cambio en los números, la distribución y la estructura de edades. El primero no puede ser controlado por la "pildora" sola. Involucrará cambios sociales y culturales para asegurar la aceptación de la necesidad de limitación de su tasa de crecimiento. El crecimiento de población no es sólo un incremento nacional total. En verdad, es mucho más agudo en ciertas localidades debido a cambios en la distribución, particularmente a través de la migración rural-urbana. Estos movimientos son principalmente determinados por factores sociales y económicos, y llevan consigo cambios en los patrones de enfermedad que podrían, creo yo, ser pronosticables con un mejor conocimiento de la interrelación del cambio social y cultural y de los patrones de la enfermedad. Como ya se ha advertido, el cambio en la estructura etaria de una población trae cambios en los moldes de la enfermedad, los que, de nuevo, deben ser predecibles y podrían ser relacionados más precisamente con factores sociales identificables.

Los servicios de salud mental tienen que ser también relacionados con la estructura social y cultural de la población, por lo que los factores etiológicos en esa estructura necesitan ser iden-

tificados. A menos que puedan serlo, los esfuerzos para abordar los problemas de salud mental en el contexto de aquella estructura probablemente sean difíciles, si no inútiles. No es probable, por ejemplo, que un problema de salud mental pueda ser resuelto en la presencia continuada de los factores que contribuyeron a su génesis. Mientras el calzado continúe apretando, el callo volverá a aparecer. Además, me parece que no se puede evaluar la efectividad del tratamiento abierto o domiciliario de los problemas de salud mental sin tomar en cuenta su efecto sobre la población, especialmente sobre la familia, como asimismo sobre los pacientes. Este es el segundo tema de nuestra conferencia.

El tercero representa un hilo que ha estado desarrollándose a través de toda esta presentación. Las profesiones de salud, especialmente la profesión médica, deben interesarse en los factores conductuales y sociales si desean abordar con buen éxito los complejos problemas del bienestar del hombre en la sociedad. Este no es un juicio nuevo. En 1946, en su libro "La Universidad en la Encrucijada", Sigerist escribía: "Que la medicina es una ciencia social suena como una perogrullada; sin embargo no pueda ser repetida con suficiente frecuencia porque en la educación médica todavía actuamos como si la medicina fuera una ciencia natural y nada más. No puede haber ninguna duda que el blanco de la medicina es mantener a los individuos ajustados a su medio ambiente como miembros útiles de la sociedad, o reajustarlos cuando ellos se han desajustado como resultado de la enfermedad. Ello es una meta social. Toda acción médica presupone además una relación entre dos individuos, por lo menos, el paciente y el médico, o entre dos grupos, la sociedad por un lado y el cuerpo médico, en el más amplio sentido de la palabra, por el otro.

Hoy día he hecho lo posible por agregar otra razón que muestra que los factores sociales y de comportamiento son igualmente o más importantes en la causalidad de la enfermedad y en la determinación de los patrones de enfermedad en las poblaciones de lo que son los factores biológicos que constituyen hoy la principal preocupación de la medicina.

Casi cinco años de experiencia en una escuela de medicina me han enseñado que estamos haciendo frente a una penosa lucha para ganar la aceptación de estas ideas. Sin embargo, confío ya en que eso podrá ser logrado. Hemos alcanzado, en realidad, un éxito mejor de lo que yo esperaba al comenzar, aunque tenemos todavía que ir más lejos. Una de nuestras experiencias podrá ayudar en las discusiones por venir. Yo no he encontrado demasiado dificultad para ganar la aceptación de nuestras ideas entre el escalón más alto de la facultad. Todos ellos son hombres altamente inteligentes, capa-

ces de entender y aceptar nuevos conceptos si están bien presentados y si pueden resistir el desafío científico. Pocos de ellos se encuentran influidos por juicios emocionales en su trabajo profesional. Igualmente, no he experimentado ninguna dificultad con los estudiantes de medicina si pueden presentárseles los conceptos al principio de su adiestramiento — en el primer año, antes que se obsesionen con el “Cuerpo en la Cama” como Edgar Allan Poe podría haber dicho. Los mayores problemas surgen con los residentes y los docentes jóvenes que no han sido introducidos en estos conceptos durante su formación médica. Estos tienen una inmensa influencia negativa a este respecto sobre los estudiantes durante sus años clínicos. Ellos tienen un contacto mucho más íntimo con ellos que el que tienen los docentes antiguos, de manera

que es difícil contrarrestarlos. Un problema es que muchos de los residentes y docentes jóvenes provienen de otras escuelas que no presentan estos conceptos a sus estudiantes. Sería mucho más fácil ello si todas las escuelas reconocieran su importancia y los incorporaran en sus currículos en una etapa temprana. Espero que esto sea posible en la América Latina. Si Uds. triunfan, pronto se adelantarán mucho a este país en lo que yo personalmente creo ofrece las más promisoras oportunidades para la medicina del futuro, sobrepasando las presentadas por los progresos en la biología molecular.

Preveo que un enlace entre las ciencias médicas y las del comportamiento darán por resultado la concepción de una nueva y grande unidad, y que de esta unión nacerá la innovación que con tanta urgencia necesitamos.