

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA SOCIAL: ¿QUIEN LE PONDRA EL CASCABEL AL GATO? (*)

Hardy A. Kemp, M. D.

Director of Graduate Studies, College of Medicine and Graduate School Affiliated Hospitals, — Profesor
of Preventive Medicine, and Chairman of Department of Public Health and Preventive Medicine, Baylor
University College of Medicine

Una brecha que se ensancha entre dos grandes estratos de nuestra colectividad, medicina y sociología, ha aparecido.

Hasta el presente, los intentos tanto de parte de los médicos como de los sociólogos para salvar esta separación, han hecho muy poco más que definir su presencia. Muy poco es lo que se sabe de sus reales dimensiones.

No resulta necesario tratar de rellenar el desplazamiento. Es necesario, sin embargo, que las dos estructuras se combinen en forma que permitan un libre y provechoso intercambio de recursos e ideas, si es que queremos obtener una situación mejorada y un ulterior progreso.

Una disciplina desarrollada no sólo desde la higiene y los conceptos clínicos de medicina preventiva, sino también desde los aspectos sociológicos de salud pública parece eminentemente apropiada para este propósito. Los orígenes de este concepto arraigan profundamente tanto en la medicina como en la sociología; sus propósitos y ambiciones incluyen las metas de ambos.

"¿Quién le pondrá el cascabel al gato? Es fácil proponer remedios imposibles".—ESOPO.

Hace unos diez u once años, después de un seminario de un año en salud pública con estudiantes de medicina avanzados, Sigerist informaba que éstos se encontraban desconformes con lo que estimaban haber sido para ellos por lo menos una **falta de preparación en el fondo social de la salud y enfermedad**. Sigerist compartía esa impresión y ha expresado desde entonces su pensamiento en varios artículos sobre la materia. En el informe mencionado, preguntaba si las escuelas de medicina existentes en este país estaban en conocimiento de "este nuevo ideal", y si se habían adaptado a las nuevas condiciones. Contestaba sus propias preguntas diciendo:

"La respuesta es definitivamente no. Básicamente el currículum médico es el mismo. Como en el pasado, los estudiantes de medicina americanos están preparados en la tecnología y no en la sociología de la medicina".

A esta altura uno podría preguntar: "Muy bien, pero ¿quién le pone el cascabel al gato? Más seriamente, podríamos preguntar con Jonathan Meakins:

"¿Dónde, en este segmentado esquema de las cosas (planes de estudio de las escuelas de medicina) se encuentra el hombre y su felicidad, la que debe en última instancia constituir la meta de nuestros propósitos y esfuerzos?"

En verdad, la medicina americana ofrece el tipo más individualista de relaciones entre médico y paciente que hoy se conoce en el mundo. Sin

(*) Southern Medical Journal. Nov. 1951. P. 1076-1083. "THE TEACHING OF SOCIAL MEDICINE: WHO WILL BELL THE CAT?"

Leído en Southern Medical Association, 44^a Reunión Anual. St. Lou's, Missouri. Nov. 13-16, 1950.

Traducción de J. Martínez.

embargo, tenemos aún por contestar la pregunta de Hancher: "¿Es el ejercicio individual realista en términos del moderno conocimiento médico?" Nuevamente, podríamos preguntar aún con mayor humorismo: "¿Quién le pone el cascabel al gato?", aunque, como lo dice Sigerist, las más grandes tareas de la medicina son eminentemente sociales. La dificultad está en que esto aparece mucho menos evidente cuando pensamos en un médico que está tratando a un enfermo.

Sin embargo, la medicina es una ciencia social. Mejor aún, como ha dicho a menudo Parran: "Es una fuerza social", dentro de cuya órbita se han hecho presente muchas otras ciencias sociales. Es en realidad singular, entonces, descubrir que los estudios adecuados de sociología hayan logrado apenas cabida en el curriculum de nuestras escuelas de medicina, y que nuestros estudiantes continúen siendo preparados casi exclusivamente sobre líneas tecnológicas, aún cuando no puede dudarse de que el objetivo de la medicina es el de mantener a los individuos ajustados a su medio ambiente como miembros útiles de la sociedad. Entonces, si el ejercicio de la medicina tiende hacia una meta social. "¿Quién le pondrá el cascabel al gato?"

Sigerist debe con seguridad haber sabido que durante casi 10 años antes de la fecha de su publicación, Warbasse y otros en el Colegio de Medicina de Long Island habían estado dictando un curso concienzudamente seleccionado de las ciencias sociales, "dentro de la órbita de la medicina", y diseñado con la esperanza sincera de preparar al estudiante para vivir como médico en más estrecha armonía con sus colegas, ayudándolo así, como médico, a servir más eficientemente a la sociedad. Pero el grupo de Long Island no era de ninguna manera el primero en reconocer esta necesidad y en llamar a la medicina social por su propio nombre. Warbasse mismo se refiere a las predicciones del Presidente Angel, quien dijo:

"Puede ocurrir que tengamos que crear una o más nuevas cátedras para tratar estos problemas en nuestras escuelas de medicina".

Goldman manifiesta que, en la época, Winslow y otros en Yale estuvieron poniendo gran énfasis en el tema, y Weiskotten, tomando pie de ellos, fué introduciendo entonces los estudios del

caso ambiental como un método habitual de entrenamiento. Nada de esto era nuevo. Cincuenta años antes Osler y otros de ese período estuvieron y han estado haciendo la misma cosa durante años.

Hoy día, difícilmente valdría la pena trazar la evolución de la enseñanza de relaciones ambientales, si estuviéramos tratando de establecer prioridad en el descubrimiento, o si estuviéramos intentando configurar un caso de medicina social con este solo punto particular. Este estudio, en cambio, ofrecerá quitar énfasis al tema de los estudios ambientales del individuo considerado ahora por algunos como comprendiendo el estudio de la medicina social. El medio ambiente del individuo tiene su importancia; no obstante, constituyendo el individuo solamente la más pequeña unidad de la sociedad, la sociología médica misma no puede ser comprendida, ni pueden las fuerzas que la motivan ser canalizadas o controladas mediante ensayos para comprender o resolver por sí solas los problemas individuales. En razón de su propia naturaleza, el estudio, o incluso la solución de los problemas de cada paciente individual, no pueden ser sino indecisos e incompletos, por más simpáticos e interesados que puedan ser nuestros esfuerzos hacia ellos.

Pero antes que la interrogante planteada en el título pueda ser abordada, será necesario definir lo que hemos convenido en llamar **medicina social**. Podríamos decir con Sigerist:

"No es tanto una técnica como una actitud y un alcance a los problemas de la medicina".

Los que tenemos que ver con ella nos damos cuenta que está profundamente enraizada en la medicina, tanto clínica como preventiva, en que, en realidad, ella se acerca a las ciencias sociales ya que éstas conciernen tanto al individuo como a las masas de individuos.

Al fin y al cabo, estos problemas constituyen un fenómeno social de importancia tanto para el individuo como para la sociedad. Por esta razón es que acudimos a las ciencias sociales que constituyen al mismo tiempo la conciencia de sí misma de la sociedad: el instrumento a través del cual la comunidad humana adquiere el conocimiento de sí misma. Tal vez esto pueda ser mejor enfocado por la filosofía del profesor Crew

quien en su lección inaugural, puntualizó que la medicina social señala el período de una nueva perspectiva sobre los asuntos humanos, una nueva interpretación de las relaciones humanas en una sociedad libre y una nueva escala de valores humanos. Su contemporáneo, John A. Ryle, lo sintetiza mejor diciendo que es la ancha historia de la enfermedad en el hombre y del hombre en la enfermedad, lo cual, como él afirma, ha sido apenas considerado. ¿Dónde, entonces, permanecemos hoy día con relación a la necesidad de enseñanza de la medicina social?

Hace un año, cuando el Presidente Hancher, de Iowa nos señaló que el ejercicio de la medicina ha sido siempre individualista y necesariamente así, nos dijo también que seguramente es nuestra responsabilidad ver claramente las más elevadas tendencias de nuestros tiempos y demostrar disposición para asumir una parte responsable en la solución de nuestros grandes problemas sociales permaneciendo a la vanguardia de nuestra sociedad. En esta forma, estaríamos mejor capacitados para captar la naturaleza de las influencias sociales y buscar soluciones a los problemas que surgen al margen de ellos. Y observaba un año atrás:

"La profesión médica hasta aquí no ha creado en la mente del público la impresión de que la medicina se encuentra en la vanguardia de estas materias".

Hace 24 años, George E. Vincent, hablando a la Academia de Medicina de New York sobre el tema "El Doctor y la Orden que cambia", dijo en sus conclusiones:

"Parece como si la sociedad deseara insistir sobre la distribución de los costos de la enfermedad sobre grandes cantidades de familias e individuos, y sobre la transformación de la prevención de la enfermedad en un propósito de control. Ahora, cómo pueden ser alcanzados estos fines, sólo algunos muy sabios o algunos muy simples podrían arriesgarse a predecirlo. Una cosa sí parece claramente cierta: Al final, la sociedad se saldrá con la suya".

A estas observaciones podría agregarse la queja expresada por Colwell en la reunión de Pittsburgh de la Asociación de Colegios Médicos Americanos hace cinco años, e incluso la compilación de Lassek de 572 publicaciones en que la crítica más común a la medicina americana se refería a su falta de conocimiento de los aspectos socia-

les de la medicina. Estas publicaciones aparecieron durante el período 1918-1942. Lassek estimaba que gran parte de su contenido era atribuible a la política y planes de estudio tradicionales de nuestras escuelas de medicina, comentario que pudo haber inspirado a Tinsley Harrison a escribir su ensayo: "Tradición: el remache en el Curriculum". Harrison no introdujo en su discusión la medicina social por lo menos en el nombre, sino que su aplicación de la historia del muñeco "abuelo" cuyo cuello sostenía un remache que lo obligaba a mirar siempre hacia atrás fué exactamente escogida, puesto que esta historia ilumina en general nuestros planes de estudio.

¿Hemos ignorado nosotros tan completamente la medicina social como en el ejemplo? ¿No se ha hecho siquiera algo por parte de la medicina, aparte de lo arriba citado? ¿O hemos dejado, como parece indicarlo el informe de Hirsch y Pritchard, la enseñanza formal del asunto a los "liberal arts colleges"? Verdaderamente, parece ser ahí donde ella está desarrollándose en una forma curiosa pero nefasta. O bien podemos convenir con Dublin en que los profesores de clínica quienes más tienen que ver con la medicina social han estado "hablando en prosa todo el tiempo". Más de alguno de nosotros no quedarían satisfechos con esa singular respuesta. Con toda seguridad debemos buscar otra.

Hace veinticinco años Dean Barden abogaba por un curso de medicina social. Contemporáneamente, Fitz Gerald ha estado defendiendo un esquema para un curso de medicina social que podría ser aceptado en nuestros días. En aquella época, doce años atrás, Fitz Gerald aclaraba su pensamiento diciendo:

"Reitero que la instrucción en los problemas de salud pública, es decir, servicios de salud en la industria, ingeniería en salud pública, leyes de salud pública, organización y administración en salud pública, debe ser proyectada para profesionales médicos futuros y no para estudiantes de salud pública".

En 1920 y aun con anterioridad Leathers, Hiscock y otros insistían en el cambio de punto de vista, en un nuevo interés y un mejor entendimiento de lo que por muchos años ha sido llamado higiene. No contentos con el desafortunado destino de una proglótida, estos hombres procuraban obtener una salida clínica en su empeño

por desarrollar en sus estudiantes una actitud de interés y simpatía hacia las prácticas de salud pública. Esto lo hacían poniendo el énfasis en la justa relación de las agencias de salud oficiales y no oficiales en la atención del enfermo y, sea dicho en su abono, no sentían ninguna particular necesidad de una ulterior hipertrofia del curriculum. Por el contrario, todo lo que se pedía era el cambio del punto de vista y del interés y un mejor entendimiento.

Todo esto no era llamado medicina social, pero mirando retrospectivamente, la tendencia, aún en aquella época, debe haber sido clara e inequívoca. Ello fué afirmado con mayor franqueza aún en la reunión de Siracusa de la Asociación de Colegios Americanos (1938), en donde la mayor parte del programa fué dedicado a una exhaustiva discusión de estos nuevos puntos de vista.

Quienes recuerden los títulos sometidos en aquella reunión tendrán la sensación de que muchos de ellos partieron no por la misma puerta por que entraron sino por otra. Se encontraba en desarrollo una actitud; se estaba produciendo un acercamiento.

Por casi diez años después de esta reunión, una Comisión especial dentro de la Asociación luchó con un esquema de plan de acción por la enseñanza de la salud pública y medicina preventiva. El informe final apareció en Mayo de 1945. He aquí un breve resumen de las conclusiones y recomendaciones de la Comisión:

—Primero que todo, parece significativo que la Comisión no pudiera ponerse de acuerdo sobre una adecuada distinción entre salud pública y medicina preventiva.

Peor todavía, la comisión estimó que esta situación impulsaba la inclusión de la salud pública y la medicina preventiva en el curriculum por una acción oportunista más bien que sistemática. Esto mismo los llevaba más lejos: a una divergencia en el carácter de los cursos en todo sentido y dejaba, por tanto, mucho que desear en la calidad de la instrucción.

Más adelante en sus conclusiones la Comisión llamaba la atención al hecho de que desde el momento que no hay ningún curso básico que conduzca a la medicina preventiva y a la salud pública, así como los temas preclínicos conducen

a los clínicos, el estudiante se siente inclinado a considerar la instrucción relacionada con la prevención y los fenómenos naturales de la enfermedad como algo ajeno a la educación médica y a su propia profesión.

—Evidentemente la comisión concedió escasa autoridad a los programas existentes a la fecha, los cuales, podría decirse, persistían aún en el empeño de salvar esta brecha prescindiendo de su atención y reconocimiento. Tal vez la comisión los pasó por alto porque encontró entre los profesores de este campo a aquellos que dueños de una posición clínica, aparecían ignorando por completo que sus estudiantes dentro de algunos años ejercerían la medicina en una sociedad altamente compleja en que las condiciones económicas y sociales, y aún la política gubernamental, influirán en las funciones de salud y enfermedad y determinarán en no poca manera las circunstancias y medios en que el médico deba ejercer. Por otro lado, la comisión encontró que existían aquellos cuyo interés primordial se centraba únicamente en la enseñanza de la profesión de salud pública al graduado y postgraduado. Pero a pesar de todo esto, la comisión estimó que un ramo separado de medicina preventiva se justifica porque introduce por lo menos un nuevo y hasta revolucionario punto de vista, descuidado hasta aquí, en materias no reunidas, dentro del alcance de los ramos clínicos, puesto que tales materias no conciernen directamente al individuo sino a las más grandes unidades de la sociedad. En resumen, la comisión consideró que un alto grado de integración de los planes de estudio, más convenientes colocaciones y un curriculum flexible con materia que comience en el primer año y se extienda a lo largo de la carrera médica, colocarían fuerte énfasis sobre la colección y correlación de datos y forjaría para nosotros una herramienta útil para el estudio del patrón total de la enfermedad en el medio ambiente social del hombre. Finalmente, la Comisión sugirió que se realizara un mayor esfuerzo para estimular el interés en los problemas del individuo y del grupo, lo que despertaría un sentido de responsabilidad hacia el lugar de la medicina en la comunidad y la disponibilidad de la prestación médica en los recursos de una comunidad.

Todo esto se suma a la medicina social y nos acerca más, al fin, a una franca conclusión so-

bre quién le pondrá el cascabel al gato. Pero antes de alcanzar esa conclusión, es necesario anotar que el trabajo de esta Comisión se hizo extensivo posteriormente a un estudio de la enseñanza de la medicina social y ambiental por medio de un informe de la Comisión Conjunta de la Association of American Medical Colleges y la Association of Medical Social Workers. Este informe apareció en 1948 bajo el título de "Widening Horizons in Medical Education". Subrayó, además, los grandes cambios ocurridos desde que Leathers y sus contemporáneos crearon el moderno concepto de medicina preventiva combinando el paciente —como— persona con algunos agregados de higiene. El informe en cuestión, compilado por J. A. Curran, muestra sin embargo, que el principal esfuerzo hoy día parece centrarse alrededor de los estudios del caso ambiental en que el trabajo social profesional desempeña la parte principal. Uno puede preguntarse, por consiguiente, si el estudiante de medicina que piensa que no puede apreciar sino en su totalidad el medio ambiente de su paciente individual en relación con la enfermedad del mismo, no se encuentra en cierto modo en la posición del estudiante graduado en trabajo médico-social que puede entender los problemas ambientales de un paciente pero que no puede comprender totalmente el diagnóstico del enfermo. ¿No son acaso las actitudes de un estudiante tan poco convincente e incompletas como las del otro?

Aquí Dublin, a quien nos hemos referido más arriba como alguien que estima que mucho se está haciendo ahora por los clínicos en la enseñanza de la medicina social, plantea una buena tesis cuando dice:

"Indudablemente las ciencias sociales han comenzado sólo recién a poner a disposición del médico técnicas altamente perfeccionadas de estudio o principios científicos que puedan ser fácilmente aplicados a los problemas médicos de cada día".

Justamente, los servicios hospitalarios, como él lo afirma, son episódicos y son principalmente utilizados en momentos de emergencias. Además, a causa de la preocupación por los estados patológicos, resulta grandemente difícil prestar atención en el ejercicio hospitalario y en la enseñanza a aquellos problemas sociales y de ambiente que han afectado al paciente antes de su in-

greso. No se estaría muy errado al aplaudir el cristalino pragmatismo del concepto de Dublin. De hecho, éste pertenece estrechamente a la evolución de las causas y efectos en nuestros esfuerzos para enseñar medicina social en el hospital.

Pero si existen estas dificultades para la enseñanza de la medicina social en el hospital, uno se pregunta si Mustard no se inclinaría a cambiar hoy lo que dijo en 1938 con respecto a la utilización de los distritos de salud para llevar este moderno concepto de medicina preventiva más cerca del estudiante de medicina. Mustard estimó en aquella época que la enseñanza del ramo de salud puede proporcionarse mejor después que el estudiante haya recibido instrucción previa y sistemática en temas de salud pública comparable a otros estudios preclínicos.

Muchos de nosotros convendrán en que por muy práctico que sea, este método de poner al estudiante de medicina en contacto con la práctica real de la salud pública por los órganos oficiales, deja todavía mucho que desear en la exposición de un concepto total de la medicina social. Si esto es así ¿puede encontrarse la solución en la integración del ramo al curriculum? Smillie es de opinión que esto es difícil de alcanzar. En realidad tiene razón al afirmar que la incorporación de la medicina preventiva a la enseñanza clínica no es materia especial de una cátedra de una escuela de medicina. Ello es más bien de la responsabilidad de cada asignatura funcional enseñar la prevención de la enfermedad como parte de su propia especialidad. Además, la integración de la medicina preventiva con la medicina clínica, debe ser un proceso de la propia mente del estudiante. El, por sí mismo, debe aprender a sintetizar los componentes de un tema tal como se le presentan y moldearlos en una completa unidad de conocimiento. Podríamos preguntarnos aquí nuevamente si la medicina preventiva puede y debe existir como cátedra separada en una escuela de medicina. La respuesta de Smillie hace eco a las dadas más arriba:

... "si la cátedra proporciona algunas habilidades especiales, algunos conocimientos especiales o técnica especial de enseñanza que no se encuentren en otras cátedras de enseñanza de la escuela de medicina".

"Los factores sociales y económicos pueden bien llegar a ser la habilidad especial más efectiva de la medicina preventiva".

La integración, sin embargo, es la cuestión entre manos y aquellos de nosotros que en la actualidad se encuentran enseñando medicina preventiva y que esperan poder, por una feliz casualidad, integrar nuestros conceptos de medicina social dentro del curriculum total, harían bien en considerar las observaciones de Smillie sobre las dificultades que rodean la integración de un curriculum médico:

"Un curriculum integrado puede operar satisfactoriamente sólo cuando la enseñanza ha alcanzado ya hasta un alto grado un acuerdo general con respecto a las funciones de la enseñanza. Esto es casi imposible... bajo nuestro plan actual de selección de profesores de escuela de medicina porque, repetimos, ellos son escogidos sobre la base de capacidades especiales dentro de un campo algo limitado".

Esto lo afirma haciendo notar que:

"Los más modernos conceptos de la enseñanza de la medicina preventiva llevaron repentinamente a muchos miembros de la Facultad una realización que una peligrosa e imprevista situación había suscitado. Un nuevo ramo había aparecido: un ramo francamente interesado en asuntos relacionados con todas las demás cátedras desde las preclínicas a las clínicas, desde las fisiológicas y bacteriológicas a las quirúrgicas y obstétricas".

Smillie cree que resulta aún más alarmante para muchos descubrir que este nuevo concepto pretende interrelacionar la enseñanza de las cátedras, y que la medicina preventiva es sincera con respecto a la integración de materias las que intenta juntar con miras a constituir una total estructura. Continúa haciendo notar la concordancia que hay en ciertos círculos sobre que la medicina preventiva no satisface ninguno de los criterios aceptados para el establecimiento de una cátedra separada en cuanto a que, para algunos por lo menos, ella no tiene unidad particular de estudio, no proporciona capacidad especial, se ocupa de muchos y variados tópicos que van desde la medicina tropical a la sociología y lo hace sin ninguna particular pericia en ningún campo. Además, no es clínica ni preclínica ni se ubica entre ambas categorías. Si aceptamos esto, queda muy poco que esperar de la "integración". Si, entonces, la medicina preventiva misma no camina con rapidez hacia la integración. ¿Qué nos conducirá a un mejor entendimiento del mayor conocimiento de la enfermedad en el hombre y

del hombre en la enfermedad? ¿En qué forma desplegaremos una actitud y una aproximación hacia una comprensión del lugar de la medicina en nuestra compleja sociedad?

Algo más habrá que agregar. Hace tres años, "después de una amplia consideración del asunto", Perrin H. Long, Jefe del Depto. de Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins, recomendaba que:

"El propósito de la cátedra de medicina preventiva en cada escuela de medicina debería ser el de su propia extinción" y que "el triunfo de la cátedra deberá ser considerado completo cuando debido a sus propios esfuerzos el nivel de instrucción interno y la práctica de la medicina humanista haya sido elevada a tal punto en todos los ramos de la escuela que la presencia continuada de una cátedra de medicina preventiva sea estimada innecesaria".

Esta es una afirmación arrolladora, pero resulta difícil discutir con él cuando dice:

"La situación para la medicina preventiva como una disciplina separada se torna tanto más infortunada e ilusoria cuando se considera los amplios y excelentes servicios preventivos ofrecidos por muchas cátedras de pediatría, obstetricia, ortopedia, oftalmología e higiene mental, sin mencionar los extensos programas para la atención médica de pago anticipado".

Long no está abogando por la extinción de la medicina preventiva en todos sus aspectos, ni espera que su meta pueda ser alcanzada en el futuro cercano. Por el contrario, está apremiando para que se marque un mayor énfasis en el esquema del curriculum. Si, como él lo sugiere, los fardos administrativos del régimen de pacientes externos pudieran ser derivados desde las secciones clínicas hacia lo que llamaríamos aún medicina preventiva, esa rama, si logra éxito en su nueva posición, podría en esta forma gastar sus energías acertadamente por el bien general, en vez de emplearlas en estériles campos académicos. Long estima que un mayor número de servicios hospitalarios podrían bien ser incorporados a esta nueva órbita de la medicina preventiva, y que bajo su influencia, los problemas relativos a la rehabilitación, las afecciones menores o ambulatorias y la atención del enfermo crónico, podrían ser mejor manejados. Está de más decir que esto importaría en realidad un nuevo punto de vista para la medicina preventiva.

Pero, ¿es así como vamos a concebir ahora la medicina preventiva? Long contesta:

"Puede ser designada como medicina preventiva, medicina de salud pública, salud pública, higiene, o bien, como está comenzando a suceder con progresiva frecuencia a causa de lo atractivo del título, se le llama Medicina Social".

Sea cual fuere la disparidad, estamos muy lejos del punto decisivo que marcó el cambio de higiene a medicina preventiva; y si hay entre nosotros quienes hayan experimentado cierta frustración en nuestra búsqueda de una salida clínica, o mejor, si hay entre nosotros quienes no estén satisfechos con lo que hemos estado haciendo hasta aquí, Long podrá seguramente señalarles el camino.

Existe, sin embargo, la impresión de que algo estaría aún fallando, algo entre la administración y la sociología académica. Ni nosotros mismos ni los profesores clínicos han estado "hablando en prosa todo el tiempo". Scheele anuncia un alcance preguntando:

¿Como puede un estudiante abordar los problemas sociales de la medicina cuando sólo raramente o nunca se confronta con ellos, y cuando sólo raramente o nunca ve a la gente o a las organizaciones luchando por resolver estos problemas?

... "Una gran grieta en nuestra concepción médica, que se extiende como una falla geológica entre nuestra enseñanza y la práctica, es que igualamos lo "social con ideologías políticas específicas o con las clases indigentes, quienes creemos tiernamente que constituyen la única obligación o fuerza pública y quienes rara vez irán a caer a la cuota del médico término medio en su ejercicio privado".

Otros aún, particularmente Ryle, han llamado la atención sobre otras interpretaciones de la medicina social, que enlazan el tema con el estudio de la delincuencia, embriaguez, vagancia y crimen, aunque, como lo dice Ryle, parece no haber ninguna justificación real para estas limitaciones. Scheele, agrega:

"Tal vez sea demasiado temprano para esperar algo más que un restringido punto de vista en esta fase de la educación médica, puesto que tenemos la propensión a olvidar que la medicina americana ha llegado sólo recientemente a ser una profesión de preparación universitaria. Esta tiene todavía que aprender a procurarse los ricos recursos de la educación no mé-

dica superior para su acceso a las técnicas de enseñanza en contraste con la presentación de datos científicos técnicos".

¿Es en realidad demasiado temprano? La medicina social se encontraba bien establecida en numerosas universidades de Alemania antes de las Guerras Mundiales y, últimamente, cuatro de los principales centros educacionales en el Reino Unido han establecido departamentos full-time para extender el estudio de esta materia. La Higiene en este país se transformó en Medicina preventiva. Ahora la medicina preventiva muestra francos signos de evolución y algunos en salud pública y en medicina preventiva "han estado hablando en prosa todo el tiempo", o por lo menos así parecería hoy.

Goldman, refiriéndose al curso inaugurado en Yale por Winslow en 1915, dice que éste fué extendido en 1929 a las clínicas. En 1939 el curso fué reforzado por una historia ampliada del desarrollo socio-económico la que incluía un examen de la provisión de médicos, servicios médicos y de hospital y sus costos junto con los recientes cambios en ese campo y proposiciones para cambios aún más extensos. En el mismo año se agregó un curso similar en alcance pero aún más extenso en contenido a los estudios del curso requerido en su (Yale) programa de graduados en salud pública.

Otros han seguido esta directriz con tanto entusiasmo como buen éxito. Florio en Colorado, particularmente, ha adelantado un activo programa sin recurrir a seminarios, mientras en Baylor nosotros hemos adaptado nuestro programa de salud pública para estudiantes de medicina no graduados, tan estrechamente como ha sido posible al curso de graduados descrito por Goldmann.

¿Debemos definir la medicina social por las normas y experiencias esbozadas arriba, o por la amplia definición de Ryle y su minucioso análisis de las semejanzas y diferencias entre medicina social y salud pública? Tomadas en conjunto, ellas serían no sólo inclusivas, sino que además señalarían el camino a un programa de investigación docente de grandes expectativas.

Si debemos aceptar este curso, y parece que es lo indicado, tendremos que convenir con Sigebert, que los esfuerzos en este sentido requeri-

rán nuevos profesores, nuevos textos y en muchas ocasiones una nueva filosofía. No parecería, sin embargo, necesario para nosotros a esta altura abrazar el título de "Medicina Social" y por tal razón cambiar nuestras designaciones pedagógicas para concordar con las de nuestros colegas británicos y continentales. Hace cinco años no pudimos llegar a un acuerdo sobre una distinción entre salud pública y medicina preventiva. Más bien que cambiar nombres y designaciones, aquellos de nosotros, que profesan la me-

dicina preventiva, y particularmente los que tenemos la dirección de departamentos que llevan ese título o el título de salud pública, o ambos combinados, necesitarán solamente ensanchar su perspectiva de interés y tomar la plaza aún no ocupada. Debemos hacerlo, si queremos justificar nuestra existencia como una especialidad separada en el campo de la medicina y una disciplina separada en el curriculum del colegio médico.