

Gonzalo Aguirre Beltrán: Programas de salud en la situación intercultural. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980. 225 pp. (Colección Salud y Seguridad Social).

Seis son los capítulos que forman la presente obra. Los programas de salud, Saneamiento del medio, Cultura y nutrición, El cuidado de la madre y el niño, Medicina preventiva y curativa y Educación higiénica. Aguirre Beltrán define como situación intercultural a “las zonas indígenas en las que conviven en estrecha interdependencia socio-económica indios y mestizos”. De acuerdo con esta definición, el estudio que nos ocupa se refiere a una extensa zona central y del sur de nuestro país, que es asiento actual de los grupos indígenas que sobreviven.

En las comunidades indígenas se encuentran íntimamente asociadas creencias mágico-religiosas con conceptos científicos sobre el origen y curación de las enfermedades, lo que conduce inevitablemente a darle importancia decisiva a la situación intercultural; en la elaboración de programas de salud para regiones donde conviven grupos humanos que participan de culturas distintas debe tomarse en cuenta siempre esta realidad. El autor está plenamente convencido de que la mayoría de los médicos no tienen conocimiento sistemático ni extenso de la etiología, síndromes y tratamiento que caracterizan a la medicina popular, ni saben mucho acerca de las propiedades y funciones de las yerbas y otros remedios caseros. Igualmente, no tienen nociones sobre las enfermedades tradicionales de mayor incidencia como el “mal de ojo” y el “susto” por ejemplo, su familiaridad con la medicina tradicional se reduce a lo poco que captan en el curso de su trabajo. En los servicios maternoinfantiles

sólo se conoce la información que voluntariamente dan las mujeres sobre sus creencias respecto a la crianza de los niños. A pesar de la falta de estos conocimientos, la mayoría de los médicos tienen plena conciencia de que las creencias populares y sus prácticas son vigorosas y persuasivas; en algunas ocasiones no se habla sobre estos temas porque la gente “siente vergüenza” al referirse a ellos, pues tienen el temor de ser consideradas ignorantes si lo hacen. Esto es, indudablemente, un elemento importante en el análisis de los hechos debido al tipo de relaciones existente entre médico y paciente; pero más importante es la opinión popular de que las enfermedades tradicionales no son conocidas o creídas por los médicos y que deben ser tratadas en casa o por curanderos. Los “doctores”, dice la gente del pueblo, nunca encuentran motivo para creer que los pacientes se encuentran sufriendo de “susto” o de alguna otra de las enfermedades tradicionales; los médicos actúan como si las enfermedades y medicina tradicional no existieran.

Todo programa de salud requiere para su éxito y continuidad de la participación activa de la comunidad; nada de lo que es impuesto o de lo ofrecido como dádiva tiene valor perdurable si carece de significado o no da sentido de pertenencia a los miembros de la comunidad. No es posible obtener la participación activa de los núcleos indígenas en un programa de salud si antes no se crean las motivaciones adecuadas para que la población sienta la urgencia de intervenir en auxilio de sí misma. Problemas de avenamiento, agua potable, abrigo y habitación higiénica y otros que preocupan hondamente al epidemiólogo no son de interés para los indígenas que ignoran la causalidad natural de las enfermedades y, por tanto, no ven la necesidad de ofrecer trabajo y cooperación para resolver situaciones de malestar por métodos cu-

Los supuestos teóricos no alcanzan a comprender. Para que un problema social tenga realmente existencia en una comunidad indígena, no basta con que así sea catalogado por investigadores procedentes de la cultura dominante, es indispensable además, que sea sentido como tal por el grupo subordinado.

En tales condiciones, parece lógico que la conducta a seguir no es la de imponer un programa de salud rígido encaminado a resolver los problemas que, de acuerdo con las normas científicas de la administración sanitaria, sean los primeros a tenerse en consideración, sino la de recabar la información más completa que lleve al conocimiento de cuáles son los problemas que la comunidad siente y de cuyo existir tiene plena conciencia, cuáles son las causas por ella percibidas y cuáles las posibles soluciones para subsanar el estado de malestar, y una vez realizada la encuesta, dar primacía a los problemas que el grupo considere importantes aun cuando epidemiológicamente tengan trascendencia mínima. Lograda la participación activa de la comunidad en los problemas que ella evalúa en tan alta estima, se habría abierto la brecha para conseguir trabajo y cooperación en el programa total a medida que se hagan surgir al nivel de la conciencia la significación y causalidad de problemas de mayor monta.

Para el autor es de gran importancia la actividad que desarrollan los curanderos y opinan al respecto que la capacitación de ellos y de las comadronas es posible y deseable mientras el programa de salud por sí solo no pueda modificar las creencias y actitudes que impiden que un sector considerable de la población acepte las normas y beneficios de la medicina científica.

Uno de los errores más comunes en la implementación de programas de salud en las zonas indígenas es suponer que basta con la instalación de un servicio para que éste sea solicitado por los habitantes. La realidad muestra que los indígenas invariablemente se abstienen de concurrir en demanda de auxilio para prevenir o curar sus padecimientos y que son las inclusiones mestizas en territorio

indio las únicas que por propia iniciativa acuden a la consulta médica. En ciertas ocasiones los servicios cuentan con pacientes indígenas más o menos numerosos que se ven compelidos a solicitar el tratamiento obligados por la incapacidad o el sufrimiento que produce una enfermedad determinada; pero aún en esos casos, aquellos que sufren molestias menores y el conjunto de los sanos, permanecen alejados de los programas. Ello conduce, por el camino del menor esfuerzo, al enquistamiento del personal médico en la clínica o en el hospital y, en consecuencia, a la reducción de las actividades a prácticas meramente curativas con menoscabo evidente del énfasis que todo programa debe poner en la medicina preventiva y en la promoción de la salud.

En opinión del doctor Gonzalo Aguirre Beltrán los estudios de la salud en situación intercultural son numerosos y abarcan diferentes zonas indígenas de nuestro país, en relación a esto el distinguido investigador afirma: "Hay ya, en estos momentos, un cuerpo acumulado de conocimientos que comprende, tanto noticias sobre las ideas y prácticas que normaban la salud y la prevención de las enfermedades en las épocas anteriores al contacto de la cultura occidental con las culturas indígenas, cuanto un número abundante de estudios monográficos que nos informan sobre los conceptos y patrones de acción de las medicinas tradicionales en casi la totalidad de los grupos étnicos de México, en muy variadas comunidades campesinas y en sectores importantes de los cinturones de miseria de las grandes ciudades. Este cúmulo de conocimientos es un bagaje básico para la planeación e implementación de los programas de salud y el saneamiento rural que los médicos no podemos pasar por alto".

Para terminar, aclaramos que esta obra que publica el Instituto Mexicano del Seguro Social, es una segunda edición y que no obstante haber transcurrido veinticinco años desde que apareció la primera, su vigencia es innegable.

Anselmo Marino Flores

Keith L. Moore. Anatomía, orientación clínica. Editorial Panamericana, S.A. Buenos Aires, 1982.

Keith L. Moore, profesor y jefe del Depto. de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, Canadá, presentó, a fines de los setentas, su excelente obra *El desarrollo humano, embriología clínicamente orientada*, en la que condensa en forma ejemplar lo que el futuro médico general debe aprender acerca del desarrollo ontogénico humano. Ahora, Editorial Médica Panamericana, presenta la obra del mismo autor, *Anatomía, orientación clínica*. Se trata de un valioso y moderno texto que en tomo de 1,200 páginas ofrece el enfoque más práctico y útil que pueda darse al estudio anatómico del cuerpo humano en una escuela o facultad que prepara futuros médicos generales: la orientación clínica.

Tras un conciso capítulo introductorio en que aclara conceptos, definiciones, lenguaje anatómico, planos, ejes y otros aspectos generales sobre osteología, artrología, miología, angiología y sistema nervioso periférico, desarrolla nueve capítulos, cada uno de ellos comprende una región corporal, es decir, hace un estricto estudio regional.

Lo interesante y verdaderamente valioso de esta obra estriba en los concisos, lógicos y consecuentes comentarios con orientación clínica que al final de la descripción puramente anatómica presenta. Comentarios que refuerzan, que motivan, que le confieren a la anatomía humana su verdadera esencia.

Así, a lo largo de la obra comenta con agudeza y amenidad los aspectos semiológicos, exploratorios y patológicos de cada uno de los órganos, aparatos y regiones anatómicas de la economía, hasta sumar varios cientos de dichos comentarios.

Trancribimos textualmente un párrafo del comentario clínico a propósito de irrigación coronaria: “Las arterias coronarias son sitios frecuentes de aparición de arteriosclerosis (*G. escleros*, dureza) con el consiguiente estrechamiento de sus luces en mayor o menor grado. Esto reduce el flujo sanguíneo hacia diversas partes del corazón irrigadas por las dos arterias coronarias y sus ramas. La reducción mo-

derada del flujo sanguíneo puede ser asintomática hasta que se presenta un aumento de la demanda de trabajo. Las arterias estrechadas no pueden aportar la suficiente sangre para cubrir el aumento de la demanda en las regiones cardiacas irrigadas por estas arterias. El resultado es un dolor característico con el esfuerzo, denominado angina de pecho....”

Carlos Guzmán Cuervo

Carlos García Villanueva y Susana Perera Quintana: Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1981. 140 pp. (Colección “Salud y Seguridad Social”).

“La importancia de analizar y desglosar los programas de estudio de las facultades y escuelas de medicina de las naciones de América Latina —afirman los autores— radica en un hecho aparentemente simple que no por ello deja de ser trascendente: es una manera de mostrar cómo la formación universitaria del médico presenta lagunas de carácter social que menguan más tarde su labor comunitaria al enfrentarse profesionalmente a una sociedad cuyos problemas desconoce”.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII el mundo occidental vivió un clima de confusión debido al paso de la economía agraria hacia el desarrollo de la economía industrial. Los hechos económicos derivados de la revolución industrial cambiaron cualitativamente la forma de explotación. Al intensificarse ésta, la salud de la población se hizo aún más precaria y poco a poco las clases trabajadoras iniciaron la concientización de su legítimo derecho a la salud, de ahí que este problema constituyera una de las principales preocupaciones de los estadistas del siglo XIX; aun cuando al finalizar el siglo XVIII se planteó la necesidad de instituir seguros sociales como una forma de compensar el descontento obrero, la conveniencia de incluirlos en un sistema de beneficios quedó en mera discusión.

Es en este periodo cuando la medicina comienza a enfocarse en el plano social con

mayor fuerza; si no para responder a las demandas de la población que sufre, en virtud de un mero hecho de justicia, sí para tomar en cuenta medidas de orden político, dicho esto independientemente de la actividad honesta que asumieron los médicos de la época en sus enfoques sociales.

El que las tasas de morbilidad y mortalidad alcanzaran altísimos niveles, y que los tratamientos clínicos resultaran demasiado pobres para su abatimiento, permitió que entre 1800 y 1880 se impulsaran los programas sanitarios colectivos, especialmente en lo que se refiere al saneamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas. Al provocar la industrialización el incremento de los beneficios económicos de las clases pudientes y el empobrecimiento de las clases obreras, se generó, a mediados del siglo XIX, una crisis tan aguda que fue indispensable instituir los seguros de enfermedad. Grupos de intelectuales y médicos, provenientes de las clases medias, impulsaron considerablemente las relaciones sociales de la medicina, pero de hecho, fueron las organizaciones de trabajadores las que impulsaron esta nueva tendencia. Este nuevo concepto de la medicina afectó en gran medida la enseñanza y formación profesional de los aspirantes al título de médico en las universidades.

En las primeras décadas del siglo XX se aplica en América Latina un modelo de desarrollo y crecimiento dependiente que no presenta transformaciones estructurales, pues se organiza a los sectores de la población de una manera rígida, polarizada y jerarquizada. Se promueve una alienación ideológica por lo extranjero tendiente a reforzar una estructura económica que da origen a una cultura frágil. Para los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, la larga tradición que existía en los países de América Latina en el sentido de importar patrones culturales europeos decae. Estados Unidos converge en el proceso económico internacional, agregando a las débiles economías cambios sustanciales.

Con este fenómeno surgen grandes instituciones de cooperación técnica en diversas ramas de la ciencia; se presentan programas

de envergadura que permiten a América Latina ingresar al mundo científico y tecnológico; se aumenta cuantitativamente la población de las instituciones universitarias. Se intenta extender el campo de acción, de tal manera que la población tenga iguales posibilidades de educación. Ello no implicó que el sistema educativo adquiriera un grado de democratización, ni que los efectos de una supuesta expansión permitieran a todos los sectores sociales la adquisición de conocimientos.

Después de haber discutido los programas de enseñanza de la medicina de Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Guatemala, Nicaragua, Jamaica, Uruguay, Argentina, Bolivia, Colombia, Venezuela, Chile, República Dominicana, Perú, Brasil y México, se llega a la conclusión de que falta todavía mucho por hacer dentro de la enseñanza de la medicina social. Los autores afirman: "En términos generales se observa que la escasa formación social del estudiante de medicina no se ha contrapunteado con la búsqueda de una práctica comunitaria por débil que esta sea. Las facultades y escuelas de medicina de América Latina, han ido despertando los intereses en favor de una práctica social que podrá tornarse efectiva en la medida en que el joven estudiante realice, desde el inicio de sus cursos, actividades comunitarias dirigidas y encaminadas por sus maestros y, desde luego, sustentadas a través del estudio de las ciencias sociales". Cada país, de una u otra manera, ha realizado esfuerzos para mejorar e integrar la práctica del estudiante a la comunidad a quien se debe. Los avances que cada nación haya alcanzado en este sentido no deben entenderse como precarios, sino como un proceso donde la crítica de la propia enseñanza empieza a cobrar vida.

En lo que respecta a nuestro país, se asienta: "México, como los demás países de América Latina, no ha podido distribuir de manera racional a técnicos y profesionales que ayuden a desarrollar las regiones en donde más se requiere de personal preparado. Ya por falta de planeación en la distribución de recursos humanos o por la insuficiencia de recursos económicos que permitan sostener buenos sala-

rios, se requiere preparar estudiantes que tengan una apreciación más clara de lo que representa el servicio comunitario”.

Actualmente la carrera de medicina se constituye en sus primeros años sobre la base de áreas tales como la anatomía, la fisiología, la bioquímica, etc. Estas áreas, cerradas en sí mismas, estructuran la teoría de lo sano y lo enfermo del hombre; pero no se enseña al futuro médico sino a probar, sobre un paciente, la eficacia de uno u otro medicamento sin tomar en cuenta que la enseñanza médica debe dirigirse a encontrar la causa de la enfermedad, ubicando al individuo en su contexto laboral, social y económico.

En algunos países latinoamericanos, donde existe una insuficiencia de satisfactores de todo tipo, ligados a una falta de conciencia política, al joven médico se le prepara e incorpora a las finalidades tecnocráticas del Estado capitalista y se le inculca el firme deseo de pertenecer a la minoría que disfruta de un nivel de vida proveniente de la explotación, apoyada en la utilización de la técnica y los ritmos de trabajo.

El dominio que ejerce la tecnología sobre la ciencia médica y sus especialidades, hace que éstas se conviertan en disciplinas de alcances sociales limitados; es decir, se transforman en un conjunto de conocimientos aún más independientes y desvinculados de otras ciencias, lo que hace al médico continuar en el papel de un profesional con las limitaciones impuestas por la sociedad capitalista y lo convierte en un instrumento más de producción y consumo que tiende a comercializarse a sí mismo junto con su ciencia.

Es entonces cuando la educación, lejos de crear nuevas actitudes, refleja y confirma los valores y tendencias que imperan en la sociedad existente. Por ello, el hombre moderno no busca el conocimiento para comprender el misterio del ser o para encontrar soluciones a preguntas suscitadas por el sentido de curiosidad inherente a todos los seres humanos. Prefiere el tipo de saber que le capacite para alcanzar la meta de sujeción del mundo a sus propios fines, o sea, aumentar el poder tanto sobre la naturaleza como sobre sus semejantes. Este es el contexto en el que las facultades de medicina sitúan y enseñan al médico a ser pro-

ductor de salud: ver a los pacientes sólo como objetos, como datos en qué basar sus cálculos y planear sus actividades, como medios sin los cuales no podría alcanzar el fin. Como se sabe, para un productor de mercancías cualquier demanda, real o ficticia, es una debilidad que debe ser aprovechada utilizando hábiles recursos, no siempre escrupulosos.

La mayoría de los jóvenes estudiantes de medicina reciben este tipo de adoctrinamiento a lo largo de su carrera. Su participación social en la comunidad es casi nula; pero esta participación es fundamental para el desarrollo tanto del propio médico como de la comunidad. La participación social comprende mucho más que una intervención esporádica. En esencia, debe significar el compartir y orientar la transformación de las estructuras. Esto significa que en el ámbito económico se tenga acceso al empleo y a ingresos adecuados; en el social, que exista el derecho a la salud y a la educación; en el político, que pueda influir en las decisiones que afectan tanto al individuo como a la comunidad.

Para Villanueva y Perera Quintana no hay duda de que en las escuelas de medicina se enseña al estudiante a ser un buen empresario en su profesión, por lo cual es posible creer en una actividad médica con dos funciones: **mantener y facilitar el orden de salud existente y promover y asegurar la estructura social mediante la introducción premeditada de un tipo de asistencia médica.** Así las cosas, se debe reconocer que la ciencia y la tecnología, además de estar ligadas a instituciones universitarias y científicas, deben estarlo también a la sociedad que las requiere con determinadas condiciones. La ciencia y la tecnología inciden en la economía, en la estructura social, en la ideología y en la política interna y marcan el grado de desarrollo de un país.

Otro problema que señalan los autores es el de la “fuga de cerebros” que afecta a la formación de cuerpos docentes de las escuelas de medicina. En relación a esta emigración se lee lo siguiente: “Hace algunos años en los hospitales norteamericanos, cerca de 11 mil internos, de un total de 41 mil, eran egresados de escuelas extranjeras de medicina, provenientes de 8 mil de los países en desarrollo. Francia por ejem-

plo, orgullosa del *apoyo* que brinda a sus ex colonias, recibe de Togo más médicos y profesores que los que Francia envía a Togo. Inglaterra cuenta en su cuerpo médico con especialistas indios y paquistanos. Nueva York tiene más médicos iraníes que todo el Irán''.

Para terminar, diremos que *Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en*

América Latina es un ensayo para reflexionar; se critican los métodos de enseñanza de la medicina y se aportan ideas y sugerencias que obviamente son de alta estima, teniendo en cuenta los cambios constantes que están ocurriendo en nuestro mundo contemporáneo.

Anselmo Marino Flores.