

5. Crear becas para los alumnos que teniendo manifiestas disposiciones para cursar el Bachillerato, lo abandonaron o no lo iniciaron por falta de recursos, facilitándoles una hora de asistencia al Instituto y otra de preparación en su Cuerpo.

6. Encomendar las enseñanzas de cultura general y Bachillerato a los Oficiales maestros de la I. P. S. y las técnico-profesionales a los de carreras adecuadas, convocando si fuese preciso las vacantes de profesores para cada Cuerpo y

especialidad y asignándoles la gratificación de profesorado.

Pero no olvidemos que esta solución, aunque duradera, será sólo transitoria mientras culmine el incremento actual de las escuelas rurales y se solucionan las dificultades que el Magisterio español soporta actualmente en su labor eficaz y abnegada, de la que es buena muestra la que recogía la prensa diaria dando cuenta de una Caja de Recluta donde, en el último alistamiento, no figuraba ningún analfabeto.

La Medicina social como problema docente

Evolución conceptual y desarrollo

PRIMITIVO DE LA QUINTANA

La Medicina social, como disciplina científica que requiere métodos y técnicas particulares, es muy anterior a la creación de los problemas prácticos que determinan su inclusión diferenciada en los planes de enseñanza universitaria. Comienza, ya lo hemos dicho repetidamente, como un punto de vista especial de enfoque de todos los problemas médicos y biológicos: el punto de vista social. A principios de siglo, Grotjahn y Krieguel le daban como contenido "Todo lo que interesa al sociólogo en la Medicina y la Higiene y todo lo que interesa al médico y al higienista en las ciencias económicas y sociales". Sobre esta definición tan amplia es lógico que Teleky la colocara, desde el punto de vista de su situación en el mundo del saber, en los confines de las ciencias biológicas y las ciencias sociales.

Estas primeras definiciones son de una vaguedad extraordinaria. Parecen demasiado amplias e imprecisas para acotar seria y científicamente un territorio. No hay que olvidar, sin embargo, que están dadas por los creadores de la Patología social científica, por lo que, sobre datos estadísticos, con rigor y minuciosidad comenzaron a determinar en qué medida cada enfermedad estaba influida por los factores sociales y en qué medida la incidencia de cada enfermedad tenía una repercusión social.

Estos nuevos puntos de vista del saber médico comienzan a recogerse de manera sistemática más bien en Institutos especializados, donde se forma al personal médico que se ha de ocupar de los servicios de Sanidad pública. La primera presencia puramente universitaria la tiene en la Universidad de Berlín en 1902, anticipándose en

esto al resto del mundo. No hay que olvidar que, ciertamente, fué en Alemania donde empezaron a funcionar los Seguros sociales con prioridad a los demás países de Europa.

No quiere ello decir que la Medicina social representa exclusivamente la ordenación científica de la Medicina de los Seguros sociales, error en el que se suele caer con frecuencia, pero sí que, constituyendo ésta un ala importante de la acción social de la Medicina, aunque no la exclusiva ni mucho menos, al tener una actualidad pública y afectar considerablemente a la masa de médicos en ejercicio provoca una situación determinada que influye, indudablemente, en lo que podríamos llamar clima oficial, facilitando la cristalización en medidas administrativas del pensamiento de una minoría iniciada.

Anteriormente habían existido bastantes precursores. No hay que olvidar que la Medicina social de hoy día, cerrando un amplio ciclo, entronca, con un nuevo sentido, en la vieja Policía médica o Medicina del Estado, que como un instrumento de la política social soñaron más bien que estudiaron J. P. Frank y Duncan, en la última mitad del siglo XVIII y comienzos del XIX. La trayectoria de este ciclo ha sido marcada siempre por una línea resultante del desarrollo técnico y científico de la Medicina y de la Filosofía que inspiraba las ideas político-sociales de cada momento. La policía médica representaba un intento de regulación, por medio de leyes y recomendaciones, para defender la salud del pueblo. Entre ellas estudia ya Frank la organización de la asistencia médica y el ejercicio profesional. Este sentido, más legislativo que de actuación, se mantiene durante grandes períodos y su paralelo en la Universidad está determinado por la unificación docente de la policía y jurisprudencia médica. Frank separó una y otra pri-

El presente artículo es continuación y conclusión del aparecido, con el mismo título general, en el anterior número de esta REVISTA.

meramente. En la propia Inglaterra, según nos dice el profesor Crew, la policía médica y su inmediato descendiente, la Sanidad pública, permanecieron subordinadas a la Medicina legal hasta 1898. El mismo autor nos hace notar cómo Gordon Smith, en sus *Principios de Medicina forense* (1821), da una definición de policía médica que sirve aún hoy como definición de Medicina social: "La aplicación del conocimiento médico al beneficio del hombre en su estado social."

Rumsey, en 1856, en sus *Ensayos de Medicina del Estado*, intenta trazar una política social para la Medicina, formulando una teoría de la Sanidad pública dentro del armazón de la organización social que condiciona permanentemente su acción. Ataca al Gobierno por su falta de interés en la educación sanitaria y es el primero que exige que todo candidato a cargos sanitarios oficiales dé pruebas de haber estudiado suficientemente elementos de estadística social y sanitaria, clima, suelo, alimentos y dietas en las diferentes clases; efectos patógenos de los diferentes trabajos y ocupaciones; protección de los trabajadores y regulación sanitaria de las diferentes agregaciones de población. Son los tiempos en que aún Richardson cree que pronto habrá en cada Escuela de Medicina un profesor de Higiene "en posición tan importante como el de Fisiología o el de Medicina práctica". Son los tiempos en que aún no se ha establecido ésta como disciplina científica que estudia el medio exterior de manera sistemática. Las relaciones causales entre las circunstancias económico-sociales y la enfermedad son puestas de manifiesto, pero de una manera empírica, y se está muy en los comienzos de intentar procedimientos eficaces de modificación del medio social. Medicina forense, Jurisprudencia médica y Policía médica persisten aún, constituyendo algo poco diferenciado porque, en realidad, se conocen muy poco los fenómenos sociales y biológicos que más adelante justifican perfectamente la separación de lo que el Estado representa como defensa general de la salud pública y de lo que representa la acción social más compleja y extensa.

El hecho inglés es muy significativo. Disraeli, en su *Sibila*, alude a la necesidad de la legislación sobre el trabajo de los niños en las minas y factorías. Dickens, quien, con Southwood, fué a visitar las calles significativas, talleres, hospitales y fábricas, engendrados por la revolución industrial, produce su *Oliverio Twist*. Hay un deseo general de educación del público para convertirlos, como dice Crew, en ciudadanos activamente interesados en la reforma sanitaria, humanistas y hombres de buena voluntad que con frecuencia creciente se volvían a la profesión médica para preguntar si las calamidades que agotaban a la población era posible prevenirlas, y tan pronto como un grupo de médicos dijo qué se podía hacer para combatir la enfermedad, un cuerpo pequeño pero importante de la opinión pública presionó sobre el Parlamento e hizo de la salud pública un principio de política práctica.

Resultado de lo anterior es llegar a la situación que se produce en Inglaterra en 1869, en virtud de la cual el Comité Ejecutivo del Consejo General Médico llama la atención del lord presidente del Consejo Privado acerca de lo de-

seable que era dar poder al Consejo para insertar una calificación de Medicina del Estado en el registro médico. Ulteriormente, como el Consejo General Médico era el responsable de reconocer la validez de tal diploma, la Universidad se siente presionada y se crea la necesidad de una enseñanza de estas disciplinas para postgraduados en las Universidades.

Los precursores de la actual Medicina social son muchos. No se deben olvidar los nombres de Louis-Rene Villermé y Philippe Buchez, en Francia, en el primer tercio del siglo pasado; Salomon Neumann y Rudolf Virchow, en Alemania, hacia mitad de siglo, que se representaron más bien fundadores de la Medicina social desde un punto de vista ideológico, con grandes declaraciones románticas correspondientes a la mentalidad de la época, pero en las que, no obstante, se atisbaba ya mucho de lo que después ha constituido un cuerpo científico bien trabado. Desde aquellos momentos hasta el establecimiento de lo que hoy entendemos por Medicina social, como una disciplina universitaria, los tanteos han sido muchos y el camino recorrido en los distintos países, diferente. Las diferencias de nombres con que hoy día se conoce son testimonio vivo de su variada oriundez. Así, por ejemplo, en Alemania, después del auge y crecimiento de la Higiene, es la Higiene social la que progresivamente se segrega del tronco común y, a fuerza de penetrar en el estudio del medio social, dejó de limitarse al análisis de medidas preventivas directas para abarcar la totalidad de los grandes problemas de orden social que afectan a la Biología humana en todos sus aspectos. Se establecen cátedras de Higiene social, y cuando la Patología social y las medidas sociales de prevención y asistencia adquieren un gran volumen, y se destaca su necesidad, se establecen por primera vez con carácter independiente cátedras de Medicina social, que llegan a tener un profesor ordinario al frente. Persisten y conviven en otras Universidades la enseñanza de Higiene social; pero, en realidad, ya convertida, por sus programas y trabajos, en la misma materia.

Y es que, en Alemania, la introducción de los seguros sociales reveló muy precozmente la enorme carga que para la sociedad la enfermedad representa. Para economizar y mejor emplear sus recursos, las Cajas de Seguro de Enfermedad no sólo hacían obra curativa, sino preventiva y social. La preocupación era general, pero hay que destacar que se debe a una gran figura de la Medicina alemana, Alfred Grotjahn, la cristalización en un orden científico de una serie de problemas médicosociales y la impulsión creadora de una nueva disciplina científica, que con el máximo rango se establece en la Universidad alemana.

Grotjahn, que había sido un práctico general en Berlín, al tiempo que estudiaba la carrera de Medicina acudía a las lecciones de Gustav von Schmoller sobre ciencias económicas y sociales. Esto, indudablemente, le hizo tener la formación científica precisa para romper un punto de inercia que mantenía alejadas ramas del saber que se necesitan y se complementan. En 1898 publicó su primer libro sobre la patología social del alcoholismo. En 1911 publica su famosa *Patología social*. En 1912 llega a la docencia como profe-

sor de Higiene social en la Universidad de Berlín, que le crea una cátedra bajo el nombre de Medicina social, en 1920, nombrándole profesor ordinario. Su fuerte vocación por los problemas sociales y por la importancia de éstos en la promoción de la salud lo llevan a la acción política y parlamentaria, al mismo tiempo que agrupa ordenadamente sus estudios demográficos, antropológicos, económicos y sociales y los incorpora realmente dentro del mundo de la Medicina. La mayor parte de los principios establecidos por él son aún válidos y necesarios en Patología social. El establece que: a) La importancia de una enfermedad dada, desde el punto de vista de la sociedad, está determinada primeramente por la frecuencia con que se produce entre la población expuesta al riesgo. b) Es de gran importancia la forma de manifestación de la enfermedad, puesto que la forma de más importancia social es la más afectada por las condiciones sociales y distinta de la forma clásica. c) La relación más importante entre la enfermedad y las condiciones sociales es la producida en el campo de la Etiología. d) Las enfermedades que producen una mayor repercusión social son aquellas que ocasionan más mortalidad, incapacidad para el trabajo, degeneración ulterior o disminución de la resistencia. e) En las enfermedades de importancia social es necesario determinar la extensión en que se puede ejercer el tratamiento, el éxito del mismo y su influencia sobre la prevalencia social.

Bajo la influencia de Grotjahn, en el resto de las Universidades alemanas comienza la Higiene social a transformarse en lo que hoy conocemos como Medicina social, y la enseñanza se encomienda a docentes, utilizando uno u otro nombre, según preferencias, y en gran parte también para ahuyentar la poca simpatía con que se asociaban el término de Medicina social, como exclusivamente amparador de la Medicina de los Seguros sociales. No obstante, funcionan cátedras especiales en Düsseldorf y en Breslau hasta el advenimiento del nazismo. En este momento unas y otras se van haciendo más políticas, llegando a un punto en que prácticamente son sustituidas por el tipo de enseñanza que se da en las Academias de Medicina del Estado, mitad universitaria, mitad política, en la que los estudios de Genética e Higiene racial adquieren tal desarrollo que oscurecen a todos los demás, incluso a aquellos de Demografía social que tan íntimamente están relacionados con ellos.

Con posterioridad a la última guerra, se halla la Universidad alemana en una fase de transición y reconstitución, sin que conozcamos bien sus planes de estudio. Una Comisión internacional para la reforma de la Universidad elaboró un informe en Hamburgo, en 1948. Es de suponer que, en el caso concreto de las Facultades de Medicina, si se despliegan las ideas de este informe, se suturará la vieja tradición de la Higiene social alemana con el pensamiento actualmente difundido por Europa de la Medicina social en su doble aspecto técnico y formativo, ya que en las declaraciones de dicho informe se dice: "Todo hombre culto tiene la doble misión en conocer su profesión y de comprender el entorno en que está instalado." En él se destaca la importancia de la Sociología, Psicología y Psico-

logía social, dentro del orden social en plena transformación en que vivimos. Los problemas que se producen en el ejercicio de la profesión al actuar en un medio social determinado pertenecen en cierto sentido al instrumental necesario para el ejercicio de dicha profesión. En realidad, las cátedras de Higiene social comprenden un programa que incluye todos los problemas demográficos y de herencia, cuidados del matrimonio y familia, invalidez, enfermedades sociales, vivienda, servicios sociales y Medicina de los seguros sociales.

En Austria, aunque originariamente la enseñanza se establece a partir de la Higiene social, estuvieron funcionando hasta 1939 cátedras de Medicina social en Graz y en Innsbruck, desempeñada la primera por Otto Burkard y la segunda por Hermann Hayek, siguiendo en ellas la vieja tradición de Teleky, que durante la guerra había huido a América, y cuya reincorporación parece haberse producido.

En otros países de la Europa central fué iniciada esta enseñanza desde antes de la guerra. En 1935 se crea en Checoslovaquia una cátedra y un Instituto de Medicina Social en la Universidad de Praga, que funciona durante una serie de años, sufre interrupción durante la guerra y vuelve a tener un profesor ordinario a partir de 1946. En Rumania se funda en 1942 una cátedra de Biopolítica, con disciplinas análogas a la Medicina social, en Cluj, y una cátedra de Medicina social en Bucarest. En Italia, con posterioridad a la guerra, se crea un Instituto universitario de Medicina social en Roma.

En los Estados Unidos y en Inglaterra se llega a la Medicina social a partir de lo que ellos conocen como Medicina preventiva y Salud pública. En los primeros, las grandes encuestas y estudios llevados a cabo bajo la inspiración de la American Public Health Association comenzaron por contribuir al progreso técnico en las manos realizadoras de los oficiales sanitarios americanos, actuando sobre los Poderes públicos y las fuerzas sociales para crear una opinión favorable y obradora que termina por actuar en los sectores más amplios del país a través de organizaciones de muy distinto tipo, desde la Metropolitan Life Insurance Co. o la Fundación Rockefeller y los Milbank Fund. La fundación Rusell Sage, junto con las anteriores, incorpora a los estudios médicos los de los servicios sociales, habitación, urbanismo, encuestas sociales y relaciones humanas, referidas a los estados de salud y enfermedad.

En 1909, bajo el mandato del presidente Elliot, en la reforma general de la enseñanza superior en los Estados Unidos, se crea el primer Departamento de Medicina preventiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard. La Medicina preventiva ocupa la atención principal de las tres Escuelas de Higiene creadas gracias a la intervención de la Fundación Rockefeller en las Universidades John Hopkins (1918) y Harvard (1921).

En el tránsito hacia lo que hoy consideramos en Europa como Medicina social se establece al mismo tiempo, de manera personal, a partir de la antigua Higiene, por Walter Smiht Leathers, que fué decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Vanderbilt, en Nashville (Tennessee),

e Ira Vaughan Hiscock, jefe del Departamento de Salud pública en la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale. Paulatinamente se comienzan a dar enseñanzas de Medicina social no sólo en las Escuelas de Medicina, sino de manera más amplia y con un sentido formativo en los *College*, que ofrecen cuatro años de cultura general preparatoria a los que desean continuar estudios especializados. Igualmente se explica Medicina social en las Escuelas de Odontología, de Enfermeras y de Servicios sociales.

A riesgo de insistir con exceso, conviene destacar que cuando hablamos de Medicina preventiva, en el sentido americano y en gran parte también, como veremos más adelante, en el inglés, tanto como en su concepto general como en su repercusión académica, hablamos las más de las veces a esta altura de Medicina social. Es muy frecuente que esto no se tenga en cuenta por algo a que aludíamos anteriormente acerca de la difusión de un concepto de la higiene, todavía vigente en amplios sectores del mundo médico, para el cual dentro de aquélla está comprendida la Medicina preventiva como proyección de la clínica hacia la preservación de las enfermedades, todo ello más o menos confundido con las disciplinas que informan teóricamente la Sanidad pública. Desde luego son conceptos de difícil discriminación, ya que Higiene, Salud pública, Medicina preventiva y, finalmente, Medicina social, son, en una parte importante, agrupación de saberes distintos y, en otra, de saberes comunes, pero estudiados desde distinto punto de vista según las doctrinas sociales que predominan en cada tiempo y en cada país. Representan, en realidad, la precipitación en un momento determinado de estadios distintos de un mismo concepto evolutivo. Cada fase conceptual ha centrado la atención sobre aspectos determinados, que luego la investigación continúa haciendo progresar hasta crear un cuerpo independiente que se segrega con personalidad propia, merced a la conjunción de doctrinas ideológicas, con el conocimiento científico de los fenómenos humanos de grupo, relacionados según su influencia en el estado de salud o enfermedad. Por esto las fases de este proceso son distintas en cada país y, al dar cronológicamente un corte en un momento determinado, nos encontramos con diferencias en su ordenación y nomenclatura.

Universitariamente nos encontramos en España muy próximos a la primera fase. Social y científicamente estamos incorporados a la del resto del mundo occidental. En la Higiene se plantea el problema de conservar la salud y se enfrenta al organismo con su medio exterior, de manera individual o colectiva, pero considerando este medio en su sentido cósmico natural, aunque condicionable por el hombre. La Medicina preventiva fué concebida, en cierto modo, como una expansión de la clínica, teniendo en cuenta determinadas circunstancias del medio social, pero sin actuar con medidas generales de orden estrictamente social. La Medicina preventiva, dando un paso más y proyectándose sobre la sociedad en su conjunto, relacionada con los medios de la Higiene pública y de administración sanitaria, es lo que los anglosajones llaman Salud pública.

Ahora bien: llamamos Medicina social, y bajo este nombre va adquiriendo carta de naturaleza

también en los países anglosajones, al intento de ampliar las técnicas y doctrinas de la Medicina preventiva y de los problemas de salud pública, hasta enfrentar totalmente los conocimientos y recursos médicos con la sociedad en su conjunto y con cada uno de sus círculos o estratos en particular, reuniendo los conocimientos biológicos, económicos y sociales necesarios en un cuerpo único y no sólo con sentido técnico y científico, sino, y de manera muy fundamental, formativo. Los americanos, aunque van empleando este término, lo abarcan todavía en algunas Universidades como Medicina preventiva. La Higiene, por el contrario, queda clara e independientemente agrupando otra serie de problemas a los que antes hemos aludido.

Siguiendo esta trayectoria, que como una digresión acabamos de señalar, la Medicina preventiva en los Estados Unidos ha pasado a ser social a través del estudio de casos individuales, enlazando con los Social Surveys iniciados por Paul U. Kellogg. La creación de los servicios sociales en los hospitales americanos ha sido otro paso definitivo, puesto que en las Clínicas Universitarias comenzaron a darse lecciones clínicas médicosociales. En muchas Universidades, entre ellas la de Yale, fué creado el servicio de Medicina preventiva, cuyo profesor colaboraba con los profesores clínicos para las directrices del Servicio Social y la enseñanza de los mismos en los distintos Departamentos. De esta forma, no sólo los alumnos, sino los propios profesores, permanecen constantemente impregnados del espíritu necesario para considerar que el aspecto social de un caso forma parte integrante de toda lección clínica.

Pero, realmente, como este aspecto de la Medicina es por definición el más sensible al pensamiento social dominante en cualquier momento histórico, a partir de la guerra nos encontramos con una verdadera floración de preocupaciones por establecer la Medicina social como una disciplina académica en todos los países en los que ha prendido con fuerza el nuevo concepto de Seguridad social. Y siendo los Estados Unidos, si no los creadores del mismo, sí, al menos, los que tuvieron el acierto expresivo que ha adquirido carta de naturaleza universal, es lógico que en ellos se haya producido una gran actividad médicosocial bajo todos los aspectos, actividad que, por otra parte, ha tenido grandes repercusiones en todo el Continente americano, que en su parte española, incluso, a veces, se ha adelantado a la del Norte.

A partir de 1942, la Academia de Medicina de Nueva York crea un Comité que preside el doctor Malcolm Goodridge, que emprende una serie de importantes estudios acerca de la "Medicina en un mundo de transformación", en donde se plantean y analizan todos los problemas actuales de organización de los cuidados médicos y los problemas económicos de todo orden que ello implica.

Henry E. Sigerit, a quien ya hemos aludido como persona muy interesada en la reforma de la enseñanza de la Medicina, organiza una serie de cursos sobre sistemas de organización de los cuidados médicos, los seguros sociales, la Medicina de equipo, la forma de remuneración del médico en las diversas épocas y países, etc., llevando, además, un curso regular de Sociología

y Economía médica para los estudiantes de Medicina.

La necesidad de enseñar la Sociología y Economía médicas es proclamada de manera unánime por la American Medical Association, órgano profesional del cuerpo médico; por la American Public Health Association, que agrupa a los sanitarios, y por la Association American Medical Colleges, que reúne a los profesores de las Escuelas de Medicina.

Actualmente, Franz Coldmann explica en la Universidad de Yale un curso elemental para todos los estudiantes de Medicina, uno superior para especialistas y un tercer curso de organización de la salud en la colectividad. En ocho Universidades norteamericanas se dan programas completos de Medicina social para estudiantes de Medicina, para higienistas o para postgraduados, bajo distintos nombres, entre los que se utilizan más frecuentemente el de Economía médica o Economía de la Salud, siendo obligatorio este curso en algunas Universidades, como la de Minnesota. En la Universidad de Harvard se ha instituido, a partir de 1945, una cátedra de Sociología médica.

En el Canadá se han creado cátedras de Medicina social en las Universidades de Manitoba, Saskatchewan y Montreal, en la que se dan amplios programas análogos a los americanos e ingleses, pero que tienen la particularidad de estar encargadas de establecer una unión docente y continuada entre las Facultades de Medicina y las instituciones de diverso tipo que suministran cuidados médicos.

En lo que a América española se refiere, tenemos el hecho ejemplar de la Universidad de San Marcos, en Lima, en la que el profesor Carlos Enrique Paz Soldán, titular de Higiene, da por primera vez en el año 1916 quince lecciones de Medicina social y a partir de este momento emprende una campaña por la enseñanza de esta materia, creándose en 1927 en dicha Universidad el Instituto de Medicina Social. En Chile, en 1945, es nombrado profesor de Medicina social de la Facultad de Santiago el doctor Sotero del Río. En la Argentina, a propuesta de la Universidad de Buenos Aires, se establecen en 1939 cursos superiores de Higiene y de Medicina social, en los que están incluidos cursos de Economía y de Legislación social. A partir de 1947 se encarga de estas enseñanzas Germinal Rodríguez.

Con motivo del cuarto centenario de la Universidad de San Marcos, se convocó en 1950 por la Facultad de Medicina de Lima, para mayo de 1951, el Primer Congreso Panamericano de Educación Médica, cuya necesidad de realización e iniciativa quedó de manifiesto precisamente con motivo de la celebración en Lima del II Congreso Médico Social Panamericano. En él, el profesor Carlos F. Krumdieck, secretario general del mismo, exige la inclusión de la Psicología y la Sociología en las Escuelas Médicas, dada la actual orientación social de la Medicina. En distintas ponencias se proclama la necesidad de incluir en el *curriculum* de los estudiantes de Medicina estudios de Medicina social, pidiendo que se alternen con los estudios clínicos e independientes de la enseñanza de la Higiene. En el tema A, discutido en dicho Congreso y titulado *Tendencia actual de la Medicina*, García Rosell destaca el

hecho de que la educación médica varía incesantemente según la evolución social de la humanidad, y en el ciclo profesional del *curriculum* incluye:

- a) Disciplinas clínicas: Grandes clínicas. Pequeñas clínicas de especialidades.
- b) Higiene.
- c) Medicina social. Medicina preventiva. Sanidad.
- d) Internado.

Como se ve, queda claramente separado el concepto de Higiene, como ciencia independiente, del de Medicina social, que lo une con los de Medicina preventiva y Sanidad, respondiendo al criterio que hemos enunciado anteriormente, vigente en la actualidad en América del Norte y en el mundo anglosajón.

Este mismo autor considera que debe dividirse el ciclo de postgraduados en: a) Cursos de refresco. b) Cursos de especialización. c) Cursos de perfeccionamiento. En todos ellos la Medicina social debe estar presente, porque hay que ir definitivamente a una unificación, tanto como sea posible, dentro de cátedras que tengan un sentido departamental de determinadas materias, que deben tener una estructuración en varios niveles de estudio, según se trata de estudiantes de Medicina o de postgraduados, y desarrollando en cada uno de los grados ciclos variados y diferentes. De tal forma, que una unidad de pensamiento, formación y aporte de conocimientos pueda informar continuamente a los alumnos y postgraduados en las distintas etapas y atendiendo a circunstancias diferentes. Esto es fundamental de manera muy especial en la materia de que nos venimos ocupando, en la que hay que tener presente que tienen en todo momento un doble sentido de adiestramiento técnico y de formación general.

En sentido parecido se expresa el decano de la Escuela Nacional de Medicina de Méjico, profesor Castro Villagrana, quien propugna la incorporación de estudios de Medicina social que incluyan en su temario análisis del ejercicio profesional y de la función social del médico, así como de su cooperación con las organizaciones de toda índole relacionadas con la salud del hombre y el bienestar humano. En forma análoga se expresa el profesor Bejarano, de Bogotá. Abraham Horwitz, en representación de la Oficina Sanitaria Panamericana, declara en este Congreso que: "La Ciencia tiene hoy una acción social, en vista de que entre sus propósitos destaca la prolongación de la vida y la obtención de los medios para satisfacer las necesidades básicas de los individuos, mejorando su conveniencia." "La Medicina es hoy tanto una ciencia biológica como una ciencia social. El hombre es un ser condicionado desde el punto de vista de la Fisiología, la Psicología, la Sociología y la Cultura. Por esta circunstancia no representa un elemento aislado en su ambiente. Forma parte de una estructura cuya unidad es la familia y está sometido a estímulos de diversa naturaleza que condicionan las enfermedades que padece." "La enseñanza de la Medicina ha estado marcadamente orientada hacia la curación de las enfermedades como objetivo primordial. Se han subestimado los aspectos psicológicos y sociales en el análisis del origen y desarrollo de los procesos

mórbidos." Y cita también lo declarado por el Comité de Expertos de Educación técnica y profesional del médico y del personal auxiliar, perteneciente a la Organización Mundial de la Salud, en su *rapport* número 22, de diciembre de 1950, y que dice: "El objetivo de la educación médica es producir un cuerpo de profesionales que pueda practicar diagnósticos y prevención, Patología clínica, Patología social y Medicina psicosomática." Y más adelante: "El estudiante de Medicina debe aprender a reconocer los factores sociales y del ambiente en cada caso, a evaluarlos en relación con el problema médico y asumir la responsabilidad que de éstos se desprende como parte del diagnóstico y tratamiento." Citando con ello lo declarado en una publicación del Joint Committee on the Teaching of Social and Environmental Factors in Medicine. Continúa propugnando la necesidad de un adiestramiento práctico del futuro médico al entrar en contacto con el hogar y la vida comunal de sus pacientes, debiendo hacerse en el último año una revisión de la Medicina preventiva y social en su conjunto, problemas de asistencia médica y estudios de Economía médica y de Sociología.

Richard H. Shryock, de Baltimore, propugna igualmente la incorporación de estudios económicos y de Sociología médica al *curriculum* normal de las Escuelas de Medicina. A lo largo de todas las discusiones de este Congreso se percibe claramente la gran influencia del pensamiento social sobre los que se preocupan en reformar las enseñanzas de la Medicina. Como demostración final reproducimos dos de las conclusiones formuladas por este Congreso y que consideramos del máximo interés en relación al problema que nos ocupa:

1.° Normar la educación médica hacia la Medicina preventiva y social.

2.° La enseñanza de la Medicina preventiva y social será desarrollada por medio de un Departamento, en el curso de los diversos años lectivos.

* * *

A continuación de lo expuesto, en lo que creemos queda de manifiesto cuál es la posición actual del Continente americano en relación con este problema, nos vamos a ocupar de reseñar, tan brevemente como sea posible, el desarrollo de la enseñanza de la Medicina social en Gran Bretaña, aportando los datos que directamente hemos podido recoger en nuestra visita a distintas Universidades inglesas, por considerar que es típico y aleccionador lo sucedido allí, que responde, por una parte, a la normal constitución de la mentalidad y hábitos ingleses, pero que, por otra, caracteriza muy bien la repercusión docente necesaria de los nuevos problemas que la Medicina tiene planteados, dimanantes de una economía y de unos servicios sociales racionalmente planificados.

Es interesante, pues, recordar algunos antecedentes y opiniones, en parte precursores y en parte realizadores de la situación actual. De forma análoga a lo sucedido en los Estados Unidos, se cultiva desde el último cuarto de siglo pasado la Higiene y la Medicina social bajo el nombre de Medicina preventiva. No hay que olvidar que es un país en que el Seguro de Enfermedad es

promulgado ya en 1911, poseyendo un Ministerio de Sanidad desde 1919. En este mismo año se funda una cátedra de Medicina preventiva en la Welsh National School of Medicine, de Cardiff, en la que se incluyen las disciplinas científicas, que ellos agrupan en este tiempo bajo el concepto de *Public health*, junto con determinados aspectos de las ciencias sociales. El oficial sanitario de la ciudad es agregado como docente. En 1923 otra cátedra análoga de *Public health* es creada en la Universidad de Glasgow.

Al mismo tiempo, en 1920, lord Dawson of Penn, profesor de Clínica y presidente de la British Medical Association, traza un importante programa de organización de los cuidados médicos, tanto curativos como preventivos, apoyándolos sobre una red de centros de sanidad. Los experimentos sociales como el de Margaret Mac Millan con las Escuelas Maternales al aire libre; el Centro de Salud de Peckham, fundado por G. Scott Williamson e Innes H. Pearse; los estudios clínicos y estadísticos de alimentación infantil y de nutrición en general, realizados por Orr; la tradicional gran actividad de los estadísticos ingleses, como J. Brownlee y M. Greenwood, Pearson, etc., que fundan su trabajo sobre una buena organización del registro general, cada vez más perfeccionada, suministran una serie de datos positivos que, unidos a la preocupación social de la clínica inglesa, van creando un ambiente importante dentro del cual se ha ido desarrollando un verdadero pensamiento médicosocial en el que no ha habido la excesiva compartimentación y falta de conocimiento mutuo entre los que se preocupan de problemas clínicos y los que tienen como tarea las actividades sociales y sanitarias.

La primera obra constructiva importante en este sentido es la realizada por sir Arthur Newsholme, que había emprendido una gran encuesta sobre la organización médica y sanitaria en los diversos países europeos, bajo los auspicios de la Milbank Fund. Una necesidad de estudio y formación del médico en los problemas sociales de la Medicina es proclamada por sir George Newman, prosiguiendo una notable obra de impulsión en este sentido hasta los años que precedieron a la guerra.

Hecho importante es la necesidad sentida de preparar una conveniente educación de postgraduados en materias de Sanidad pública, a partir de la creación del Ministerio de Sanidad. En 1921 se nombra por el ministro un Comité para investigar las necesidades a este respecto, debiendo proponer un esquema práctico de soluciones. Este Comité recomienda el establecimiento de un Instituto de Medicina del Estado, que debería ser establecido en la Universidad de Londres, en el que se debía dar enseñanza de ciencia sanitaria, Medicina forense, industrial, ética profesional y economía. La fundación de la London School of Hygiene, abierta en 1929 dentro del cuerpo de la Universidad de Londres, representó la importante y trascendental sutura entre la Universidad y los problemas vivos que plantea la Medicina en su acción social y sanitaria. En la Escuela de Higiene de Londres se resumen, a su vez, la Escuela de Medicina Tropical y el Instituto Ross, puesto que, lógicamente, para preparar personal sanitario directivo era tan importante ocuparse

de los problemas de la metrópoli como de los que afectaban a la totalidad del imperio.

En 1923 es creada una cátedra de Medicina preventiva en la Universidad de Bristol, que es confiada también al oficial sanitario de la ciudad. A esta altura comienza a verse claramente la evolución de la antigua Medicina del Estado, con sus preocupaciones de conjunto, hacia la penetración clara y terminante en el campo de lo social, que supera en amplitud a aquélla y marca la dirección en la cual actualmente nos desenvolvemos.

El profesor Crew compara, no obstante, lo que se pedía en aquel tiempo para otorgar un diploma de "Salud pública" y lo que se ofrecía a los estudiantes de cuarto año de Medicina en la Universidad de Edimburgo sobre la misma materia. Claramente se ve que el gran paso que en los programas tiene la Bacteriología y Epidemiología, el saneamiento y los estudios del medio físico natural, ha sido desplazado notablemente hacia un estudio de adecuación y cumplimiento de necesidades fisiológicas, Eugenesia e Higiene prenatal, mortalidad infantil, mortalidad maternal, escolar y de la adolescencia; características biosociales de la vida familiar, industrial y de la comunidad, higiene rural, legislación y administración sanitaria, estudio de la práctica general, de la asistencia pública y de los servicios sociales.

Pero el cambio más acusado y fuerte culmina en Inglaterra justamente en el año 1942, con la creación de una cátedra de Medicina social en la Universidad de Oxford. Sus antecedentes y procesos son dignos de tener en consideración.

Ya desde su reunión de 1913, en Brighton, poseía la British Medical Association una Sección de Medicina social, que había lanzado informes y propuestas interesantes en distintos momentos. Pero la idea principal que conduce a la creación de esta cátedra parte de un memorándum sometido a la corte de la Universidad de Oxford en 1939, por sir Arthur Mac Nalty, anteriormente jefe médico en el Ministerio de Sanidad y posteriormente lector en Salud pública en Oxford. En este informe se pone de manifiesto que la ciencia de la Salud pública debe cesar en dirigir su mayor atención al saneamiento y al control de las enfermedades epidémicas y debe comenzar seriamente el territorio casi virgen que existe entre las ciencias médicas y sociales. En 1942 los administradores de la Nuffield Provincial Hospitals Trust es cuando otorgan fondos para la creación de una cátedra, junto con un Instituto de Medicina Social en la Universidad de Oxford, por recomendación realizada a este efecto por sir Farquhar Buzzard, titular de la cátedra real de Medicina de Oxford y presidente del Consejo Médico Asesor del Trust. Para esta cátedra fué designado el profesor Ryle.

El programa del Instituto, según las resoluciones de su administración, consistía en:

a) Investigar la influencia de los factores domésticos, sociales, genéticos y ambientales, sobre la incidencia de la enfermedad e incapacidad humana.

b) Buscar y promover medidas distintas de las empleadas usualmente en la práctica de la Medicina de los remedios, para la protección del individuo y de la comunidad contra aquellas fuerzas que interfieren e impiden el completo

desarrollo y mantenimiento de la capacidad física y mental del hombre.

c) Si era requerido por la Universidad hacer instrucción en Medicina social en la forma aprobada por la Dirección de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oxford.

El primer *rapport* del Instituto aparece en 1945. En él se da cuenta de las investigaciones y proyectos en curso. Consistentes en una vigilancia de la salud infantil en relación con las condiciones domésticas y sociales, vigilancia de las ausencias debidas a enfermedad en la industria, investigaciones radiográficas de defectos del esqueleto en niños pertenecientes a distintos grupos sociales, estudios de genética de gemelos, mortalidad infantil y neonatal.

Se dieron cursos de instrucción de Medicina social a los estudiantes que cursaban los años clínicos. Conferencias sobre casos médicosociales en unión con los trabajadores sociales, visitadores de hospital, etc., y tomaban parte en estas actividades como lectores *part-time* el oficial sanitario de la ciudad y del condado, el oficial de tuberculosis del condado, el oficial médico asistente de sanidad en relación con el bienestar infantil y maternal y el director del Departamento de limosneros de la Radcliffe Infirmary. También se ofrecieron en este curso elementos de estadística y de métodos estadísticos. En años sucesivos se estableció en el Instituto un Departamento clínico y somatométrico, otro estadístico, otro radiográfico y un Departamento sociológico, ampliándose el programa de investigaciones al de la incidencia de la úlcera péptica en la industria y bajo distintas condiciones. Al mismo tiempo el Departamento de Medicina social es el que ha hecho los estudios generales sobre la salud de los estudiantes en los Colegios de Oxford. Desgraciadamente el profesor Ryle ha muerto a los pocos años de desempeñar la cátedra y la dirección del Instituto.

Durante nuestra estancia en Oxford pudimos ver la continuación de su obra, desempeñada actualmente por la profesora Alice Stewart. En la actualidad se dan enseñanzas de dos tipos, una en relación con los estudiantes de Medicina y otra con los postgraduados. Los primeros deben recibir durante tres años 30 conferencias cada año y realizar seis visitas sociales seguidas de su correspondiente informe escrito, necesitando los estudiantes aportar obligatoriamente el certificado oportuno.

Los cursos de postgraduados duran seis meses, y en ellos, además de las lecciones teóricas, se incorporan los alumnos a los trabajos de la cátedra e Instituto de Medicina social, realizando investigaciones sociales y *surveys* de servicios y regiones.

Los programas son establecidos cada año, tratándose en los diversos cursos de conceptos generales, médicosociológicos; demografía social, problemas de maternidad e infancia; organización de servicios generales de asistencia y Patología social de diversos grupos de enfermedades (gastrointestinales, cardiorenales, infecciosas en su conjunto, tuberculosis en su aspecto social, cáncer, mortalidad quirúrgica, etc.). Asimismo son tratados los problemas de alimentación y habitación, estudio de defectuosos e inválidos, problema social de las enfermedades

mentales y problemas generales de asistencia y de cuidado médico. Los actuales trabajos de investigación versaban sobre vigilancia de la salud infantil en Oxford, en relación a distintos factores familiares y sociales, y estudios sobre mortalidad general y diferencial de cáncer.

Conviene que volvamos de nuevo a la consideración de cómo se estaba desarrollando el problema general de la evolución del pensamiento médicosocial en otras zonas distintas de este primer hecho concreto, al que acabamos de dedicar nuestra atención, del establecimiento y desarrollo de la primera cátedra de Medicina social que bajo este nombre se establece en Inglaterra en la Universidad de Oxford.

El Real Colegio de Médicos de Londres crea, el 30 de abril de 1942, un Comité de Medicina preventiva y social, cuyo informe aparece en 1943 en un intento de considerar el objeto de la Medicina preventiva y social y de hacer recomendaciones para su mejor desenvolvimiento. El Comité incluye entre sus miembros representantes de la Medicina clínica, Estadísticas biológicas y médicas, Psiquiatría, Tuberculosis y Sanidad pública. En su informe se considera la enseñanza de la Medicina social y preventiva, para los estudiantes no graduados, estableciendo que el acoplamiento de Medicina social y preventiva fué deliberadamente hecho para su mejor introducción, ya que la Medicina preventiva, a veces bajo el título de Sanidad pública e Higiene, "fué considerada como una rama establecida de la Medicina mientras que la Medicina social representaba un punto de vista relativamente nuevo". "La Medicina social—decían—está en relación con el medio social y con la herencia, en tanto que éstos afectan a la salud y al bienestar. La Medicina preventiva es más ejecutiva en sus proyectos y comprende el proyecto y la dirección de medidas para la preservación de la salud y la prevención de la enfermedad." El Comité consideró a la Medicina social, así definida, como el fundamento común de la Medicina preventiva y curativa en el futuro; pero, estimando que no era suficiente con que, al estudiar cada enfermedad y problema, se considerasen sus aspectos sociales, sino que era necesario que la Medicina social y preventiva tuvieran separadamente un sitio suficiente dentro del *curriculum* de los futuros médicos. Se recomendaba asimismo que se estableciera en las Universidades y Escuelas Médicas un Departamento de Medicina social y preventiva donde se organizaran cursos modernizados de instrucción de los estudiantes que reemplazaran en gran parte los cursos existentes en salud pública y que estos cursos se extendieran durante los tres años clínicos del estudiante de Medicina, introduciéndolo bien además en el conocimiento de los servicios de sanidad, organización administrativa local, organización de hospitales, Medicina industrial, propugnando asimismo que, bajo la dirección general del profesor del Departamento de Medicina social y preventiva se produjera toda la enseñanza social necesaria en las distintas cátedras y servicios docentes.

En relación con lo anterior el Comité sugería un programa, en el que entraban los fundamentos y evolución histórica de la arrogación por el Estado de la responsabilidad social. Estudio histórico del crecimiento de la humanidad y des-

arrollo de la política demográfica, social y sanitaria. Grandes fenómenos sociales que repercuten en la salud y en la forma de agregación de los grupos humanos, como industrialización, urbanismo, etc. Fundamentos económicos y sociales de la configuración de los grupos sociales y su estructura en relación con la biología humana. Eliminación de la pobreza y enfermedad y morbilidad diferencial.

También se proponía el estudio de los problemas generales de organización del servicio médico, la relación de la práctica general con los servicios de Sanidad y su responsabilidad frente a la comunidad para atender a la enfermedad y promover la salud. Estudio de las agencias e instituciones que pueden auxiliar al médico para llenar las necesidades de sus pacientes. En el aspecto práctico se recomienda el estudio de las técnicas de investigación social, estadística y de encuesta. Queda al final bien clara la idea de destacar la necesidad de que en las Escuelas de Medicina ocupen un lugar importante los programas de Medicina social y preventiva.

El segundo informe importante es el producido por la Comisión Interministerial de la Enseñanza Médica, que del nombre del presidente de dicha Comisión se conoce como "Informe Goodenough", elevado en 1944. Establece que, no existiendo una definición generalmente aceptada de Medicina social, el Comité utiliza este término para significar una particular concepción de la Medicina en la que el médico ha de sentir como un deber primordial la promoción de la salud, prestando principal atención al medio social y la herencia, en la medida que éstos afectan a la salud, y teniendo presente en todo momento que los problemas personales de salud y enfermedad pueden tener un aspecto social tan importante como el individual. Recomienda que la instrucción en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad se debe dar durante todos los años de la carrera, planteándose sus fundamentos durante la enseñanza de las asignaturas fundamentales de Anatomía y Fisiología, al mismo tiempo que el estudiante se ocupa de la estructura y función normal del organismo y antes de tener su encuentro con el fenómeno patológico, deteniéndose en el estudio de los problemas generales de nutrición, fatiga, crecimiento, posición, etc. Durante el periodo clínico se recomienda que a través del mismo Departamento se acentúe la atención sobre los aspectos sociales y preventivos de la enfermedad, invitando al estudiante a tomar parte en las investigaciones sociales y dándole la suficiente instrucción en la historia y funcionamiento actual de los servicios médicos y sociales. Propugna igualmente determinado tipo de coordinación con otras enseñanzas no médicas y deja abierto el camino para que las diferentes Universidades provean a la consecución de estos fines según sus oportunidades y soluciones particulares, siempre que quede bien garantizada la instrucción necesaria de los estudiantes en los aspectos que se citan.

Entre las entidades no médicas que deben ser tenidas en cuenta para su coordinación en la enseñanza están las instituciones de beneficencia y el Instituto of Hospital Almoners, haciendo la aclaración que, aunque su trabajo no atañe más que en pequeña parte al amplio campo de

la Medicina social en estrecha colaboración con ellos, se pueden demostrar los principios del diagnóstico social en el tratamiento de los pacientes. El Comité recomienda que los trabajadores sociales deben participar tanto como sea posible en la enseñanza de los estudiantes de Medicina.

Como consecuencia de los informes anteriores, y como expresión del pensamiento médico en estos años, el General Medical Council comienza a revisar sus recomendaciones en lo que se refiere a las enseñanzas que deben darse a los estudiantes de Medicina en salud pública. El 28 de noviembre de 1945 se adoptan igualmente por él las reglas que se deben cumplir para obtener el diploma y grado de higienista, añadiendo al programa un curso preliminar de Medicina preventiva y social de trescientas horas y un examen preliminar sobre este curso; ulteriormente un curso más desarrollado de quinientas cincuenta horas seguido de un examen final y una disertación.

En 1944 la Fundación Nuffield crea una segunda cátedra de Medicina social en la Universidad de Birmingham, a partir de una docencia *part-time* existente en *Public health*. En el mismo año se transforma la cátedra de Salud pública de la Universidad de Edimburgo en cátedra de Medicina social. De la primera se encarga el profesor Mc Keown y de la segunda el profesor F. A. E. Crew. En 1946 se establece un Lectorado de Medicina social en el Departamento de Salud pública de la Universidad de Sheffield. En 1948 se convierte en una cátedra autónoma con un profesor ordinario. En 1947 el Medical Research Council crea una unidad de investigación en Medicina social, unido a la enseñanza hospitalaria, en la Universidad de Londres. En el Departamento de Medicina de la Universidad de Cambridge se crea una cátedra de Ecología humana que representa un intento de totalización de todos los problemas sociales de la Medicina, en 1947, en la que se pretende abarcar el estudio de todos los hábitos y modos de vida del hombre en relación con su medio y con la repercusión en su estado de salud o enfermedad. Durante nuestra estancia en el otoño último en Inglaterra visitamos detenidamente este servicio y sobre él queremos hablar con alguna mayor extensión.

La cátedra de Ecología humana, de Cambridge, está desempeñada por el profesor Banks, en aquel momento vicescanciller de la Universidad, y que dirigirá el Congreso Mundial de Educación Médica, que se ha de celebrar este año en el mes de agosto en Londres. Cuando nosotros estuvimos en contacto con él llevaba a la Reunión de Expertos, celebrada en diciembre de 1952 en Nancy, la proposición de introducir de manera sistemática los estudios sociales en los años premédicos del *curriculum* de los estudiantes de Medicina.

Esta cátedra es la mejor dotada de Inglaterra de las que hemos conocido, estando orientada principalmente a postgraduados y a la formación de personas capaces de ejercer ulteriormente una labor docente y de investigación medicosocial. Se organizan, no obstante, de manera sistemática, cursos para los estudiantes de Medicina, pero sin ser obligatorio en el examen para la licenciatura. Está instalada en un magnífico edificio, en el que se reúnen, además, todos los

servicios de asistencia sanitaria a la población estudiantil, los cuales son, a su vez, utilizados como material de observación e investigación. Está secundado en sus trabajos por clínicos, oficiales sanitarios, estadísticos y trabajadores sociales. Recibe subvenciones de la Fundación Nuffield, de la Nuffield Hospital Trust y de la Fundación Rockefeller, en relación esta última con la Organización Mundial de la Salud. Las enseñanzas dadas a los estudiantes de Medicina y a los postgraduados han versado sobre aspectos sociales de la enfermedad y de la clínica médica; aspectos médicos de la genética, estadística médica y antropológica y cuidados médicos.

El profesor Banks es oficial sanitario y, en estrecho contacto con la Organización Mundial de la Salud, desarrolla una serie de investigaciones importantes, que enumeraremos a continuación, según el informe del curso 1950-51:

Trabajos sobre poliomielitis, hepatitis infecciosa y enfermedades de los niños en edad escolar, desde un punto de vista epidemiológico, con trabajo social de visitadoras. Estudios estadísticos y análisis del problema de la tuberculosis, en relación con la East Anglian Regional Hospital Board. Encuesta sobre el reumatismo crónico en los medios rurales, ya que Cambridge constituye una comarca muy apropiada para ello. Experimentos de mejora de la organización de los cuidados médicos en el este de Inglaterra, con especial atención a la organización de los servicios de especialistas en zonas urbanas y rurales, tratamiento de enfermedades crónicas y mentales, con especial referencia a la coordinación económica y eficaz entre las distintas autoridades y servicios.

Bajo el patrocinio de la Fundación Rockefeller y la Organización Mundial de la Salud se lleva a cabo un *survey*, en Inglaterra y Francia, para inquirir cuáles son los tipos de trabajadores del bienestar y de la salud más calificados para encontrar cuáles son las distintas necesidades familiares, con la mayor economía de tiempo, dinero y ascendiente femenino y la mayor eficiencia. Todo ello en relación con la salud familiar. El profesor René Sand es el director de este *survey* en los dos países y el profesor Banks lleva la investigación inglesa.

Otra serie de estudios interesantes que se realizan en este Departamento son acerca de las relaciones entre el cuidado doméstico y hospitalario en caso de enfermedad, valorando la carga que representa para los distintos servicios o agentes sanitarios que suministran los cuidados, según la organización del procedimiento de solicitarlos o de concederlos. Es de notar que para todos estos trabajos tienen un servicio de fichaje perfectamente mecanizado, posiblemente el mejor que conocemos, en un servicio docente de este tipo.

Continuando la enumeración que anteriormente veníamos haciendo, es preciso registrar que en el año 1947, al quedar vacante la cátedra de Higiene en Belfast, es creada una nueva cátedra de Medicina social y de Sanidad pública y Medicina social en la Universidad de Manchester, desempeñada por el profesor Frazer. En igual sentido se crea una cátedra en Glasgow, desempeñada por el profesor Ferguson, y en Newcastle por el profesor Browne.

Esta variedad de designaciones se corresponde bien con la mentalidad inglesa realista, pero el hecho efectivo es que la enseñanza de los estudiantes de Medicina en estas materias, así como la de los postgraduados, se van estableciendo con arreglo a las últimas recomendaciones hechas en 1947 por el General Medical Council, que decide allí en gran medida el *curriculum* médico. En ellas se pide que los cursos hasta aquí dados a los estudiantes de Medicina como de Higiene pública o de Medicina preventiva sean de ahora en adelante designados bajo el nombre de "Cursos de Medicina social y Salud pública", debiendo comprender los principios de la Medicina preventiva, influencia de la herencia y el medio; principios de educación sanitaria; función de las autoridades locales y centrales y de las organizaciones voluntarias, y la naturaleza y objeto de los servicios sanitarios, médicos y de todo orden que ellas suministran. Conviene aclarar a este respecto que en la actualidad allí el Servicio Nacional de Sanidad es el que agrupa todas las prestaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad y protege, tanto desde el punto de vista preventivo como curativo, a la totalidad de los residentes en la Gran Bretaña.

Se recomienda asimismo que durante las enseñanzas clínicas se atraiga la atención de los estudiantes a aquellos aspectos de la Medicina que son actualmente considerados como propios de la Medicina social, procurando utilizar con propósitos docentes los servicios públicos asistenciales y sanitarios, los centros de Sanidad, instituciones cerradas o abiertas, trabajadores en Psiquiatría social y cualquier servicio en el que se pueda despertar un sentido de cooperación y de responsabilidad social activa. Teóricamente deberán ser instruidos en los servicios y agencias de Seguridad social y de promoción del bienestar.

Según hace notar el profesor Crew, las diferentes escuelas médicosociales y las diferentes Universidades han reaccionado de manera distinta a esta recomendación del Consejo General Médico, citando como extremos característicos el programa de estudios existente en la Universidad de Birmingham y el explicado por él en Edimburgo, si bien, como él mismo aclara, la no integración completa con la clínica ha sido debida a dificultades materiales.

En Birmingham se comienza en el tercer año con la presentación de casos demostrativos, desde el punto de vista social, extraídos de la clínica y en íntima relación con ella. Sobre estos casos, y con intervención de limosneros o trabajadores sociales, se discuten las medidas que afectan al trabajo, dieta, familia y vivienda, junto con el presupuesto general disponible. En el cuarto año se dan diez lecciones de Estadística, Demografía, Mortalidad, Morbilidad y problemas generales con ello relacionado. Diez lecciones sobre Historia médicosocial y de los Servicios sociales, Seguros sociales, Seguro de Enfermedad y distribución de los cuidados médicos.

En el quinto curso se dan diez lecciones sobre el desenvolvimiento actual de los servicios médicos; Health Act. de 1946; ejercicio de la profesión por el práctico general y por especialistas, en servicios hospitalarios o abiertos; organización del cuidado a la madre y al niño, al

adolescente y al adulto, al anciano y al enfermo crónico, y, finalmente, servicios de higiene mental. Otras diez lecciones sobre control de enfermedades comunicables, saneamiento, alimentación, iluminación y ventilación, y diez lecciones sobre el cuidado médico en la industria; población trabajadora; eficiencia en el trabajo y fatiga; higiene de los lugares de trabajo, incluyendo en este curso algunos trabajos de campo y visitas a centros y servicios que se consideren de interés.

En el último año se insiste más sobre los cuidados de maternidad e infancia y sobre enfermedades sociales: inadaptados, inválidos, educación para la salud, etc.

La cátedra del profesor Crew, en Edimburgo, fué visitada personalmente por nosotros, recibiendo de su titular una amplia explicación, no sólo sobre el funcionamiento docente, sino sobre función general de la mayor parte de los problemas actuales. Nos pareció de gran eficacia, cumpliendo un amplio servicio, igualmente proyectado como en el caso anterior sobre distintos años de la carrera y estando presente en las asignaturas fundamentales y en las clínicas. En aquella Facultad se exige obligatoriamente a todos los alumnos el certificado en Medicina social. Comienzan en el tercer año, en el cual se dan cinco lecciones sobre la estructura de población y de la sociedad moderna; diez lecciones sobre el desarrollo evolutivo de la Medicina como un instrumento de la política social; diez lecciones sobre la historia y evolución de los servicios sociales, con especial referencia a su impacto sobre los servicios médicos, y cinco lecciones sobre la actual organización de la Medicina, con especial referencia al National Health Service. En este año y en el quinto es necesario el examen obligatorio para continuar los estudios. En el cuarto año reciben clases teóricas y prácticas de un especialista en trabajos sociales, adiestrando a los alumnos en las técnicas de encuesta, valoración y vigilancia de servicios; cinco lecciones dedicadas a nutrición; lecciones de higiene industrial y enfermedades transmisibles. En el quinto curso se estudian problemas demográficos, factores socioeconómicos, de habitación, etc. Los problemas de eugenesia, antropología y biología social se orientan más en un sentido para postgraduados y para actividades de investigación.

Existe un intercambio muy estrecho entre esta cátedra y el Departamento de Estudios sociales de la Universidad de Edimburgo, que regula la expedición de diplomas universitarios válidos para actividades muy distintas: trabajadores en Psiquiatría social, visitantes sociales de todo orden, administradores de hospitales, servicios sociales en organizaciones industriales, etc.

En este Departamento del profesor Crew, además de los estadísticos y lectores en distintas materias, merece especial mención el Servicio y Lectorado de "Enseñanza de la práctica general", dirigido por el profesor Richard Scott, que funciona a partir de 1948. En él trabajan conjuntamente y en íntima ligazón un servicio clínico y social, que trata de resolver las necesidades de la persona enferma, tanto en el consultorio y en el hospital como en la casa del paciente. El Departamento estudia también personas sanas,

tratando de medir la salud por un método distinto al actual de considerarla como ausencia de enfermedad. Se actúa siempre sobre la familia como unidad y sus contactos sociales, valorando el estado de armonía en las relaciones entre individuo y comunidad, por medio de conversaciones repetidas con los distintos miembros que circundan cada caso. El objeto de este servicio es formar al médico como médico general, al que se le hace continuar cada caso que en la práctica se le pueda presentar, hospitalario, dispensarial o domiciliario, hasta sus últimas consecuencias, haciéndole considerar una valoración relativa de los actos puramente médicos y de los actos sociales, pues, como afirmaba el profesor Crew, "los estudiantes de Medicina deben llegar a una comprensión de la sociedad y de los fenómenos sociales. Sociedad en la que ellos han de ejercer su profesión y deben estar equipados para jugar un papel importante en la creación de un medio en el que el hombre puede esperar razonablemente desarrollar con plenitud sus posibilidades". Realmente, este servicio de la cátedra de Edimburgo representa el esfuerzo máximo para conseguir en la práctica médica una adecuada formación con capacidad de utilizar y comprender los servicios sociales.

Llegados a este punto, queremos hacer notar, antes de terminar el estudio de la situación de este problema en la Gran Bretaña, que un movimiento de tan gran amplitud ha tenido repercusión sobre el imperio. Ya hemos aludido anteriormente a lo conseguido en esta dirección por el Canadá. En el Africa del Sur, en 1948, se establece un Comité para considerar el problema de la enseñanza de determinados aspectos sociológicos en las Facultades de Medicina. Este Comité propone la enseñanza de la Medicina social "no sólo como un objeto especial de estudio, sino también como algo creador de un espíritu que impregne la totalidad de la Medicina". El caso de Australia es completamente distinto, ya que en este sentido ha sido precursora de la metrópoli, habiendo puesto en funcionamiento en el año 1935 una cátedra de Medicina social en la Universidad de Brisbane.

También debe ser recordado que la situación actual de este país, desde el punto de vista médicosocial, es la lógica maduración de una preocupación hondamente mantenida, tanto en los medios universitarios como en los oficiales del Ministerio de Sanidad. En conversaciones mantenidas en Londres con el jefe médico del Ministerio de Sanidad, sir Charles Simon, y con otros destacados jefes de Departamento del Ministerio, sacamos clara la impresión de que el contacto con la Universidad en los sectores médicosociales había sido muy importante, contactos establecidos por arriba con una noble ambición de rendimiento en los servicios y de formación doctrinal de los médicos, en las exigencias de la nueva Medicina. A un nuevo concepto de la salud de la comunidad y a un nuevo sentido de la asistencia médica tiene que responder la Universidad sintiéndose capaz de formar a los futuros médicos y postgraduados, perfectamente sincronizados con el espíritu de su tiempo. Otros Departamentos interesados en los problemas sociales fuera del campo médico obligan a sus

agentes a mantener estrecho contacto con los núcleos de enseñanza médicosocial.

El gran sentido social que posee el pueblo de Holanda se ha manifestado claramente en su rápida evolución sanitaria, médicosocial y docente. La primera cátedra de Medicina social fué creada en 1918 como cátedra del Estado y confiada al profesor ordinario Johan Marcus Baart de la Faille. Ante dificultades presupuestarias, es la Asociación Neerlandesa para el Avance de la Medicina la que procura ulteriormente los fondos necesarios para su amplio sostenimiento y desarrollo. Este hecho es suficientemente significativo de hasta dónde llega el interés en tener una buena preparación profesional de los médicos holandeses, pues hay que tener en cuenta que la Asociación a que aludimos representa la agrupación más importante de médicos holandeses, ya que, siendo libre la afiliación y no obligatoria para el ejercicio de la Medicina, reúne al 95 por 100 de los médicos. Esta Asociación se preocupa de todos los problemas deontológicos y de defensa económica de la profesión, y pide informar, y cuando así lo hace lo consigue, en la redacción de leyes o disposiciones oficiales que puedan interesar a la Medicina en todos sus aspectos. Es la que califica asimismo a los que aspiran a obtener autorización para ejercer como especialistas, a través de una Comisión especial designada en su seno.

Durante nuestra reciente estancia en Holanda tuvimos amplio cambio de impresiones con el doctor F. Wibaut, secretario de la Asociación y persona de gran documentación y juicio acerca de los problemas médicosociales, confirmandonos la gran preocupación que sentía la Corporación y los médicos en general por adaptar los conocimientos y la mentalidad a la nueva situación social del ejercicio de la Medicina y a las nuevas responsabilidades a que debía hacer frente el médico. Los seguros sociales tienen una gran tradición en Holanda y, dentro de una gran libertad de organización, el Estado ha conseguido tener un fuerte control unitivo de toda la actividad dispersa en las distintas organizaciones sanitarias y de asistencia, y, naturalmente, no sólo en la de los seguros sociales, sino en las de tipo benéfico, como las distintas Asociaciones de Cruces (verde, amarilla, blanca, verde-orange), que se ocupan de visitas sociales y de tener una amplia organización de enfermeras agrupadas en distritos, de los cuales hay unos 3.000. El estar encuadrada la actividad sanitaria, desde hace muchos años, dentro de un mismo Ministerio de Asuntos sociales y Sanidad pública, ha facilitado enormemente la creación de un clima común, existiendo una interesante organización del trabajo social que actúa suplementariamente a las actividades de la previsión. La actividad médica se halla siempre entretendida en estas Organizaciones, que son muy vivas. El doctor Wibaut nos informaba, en relación con esto, de la importancia que se da profesionalmente a las enseñanzas de la Medicina social, no sólo incorporada al *curriculum*, sino multiplicando las enseñanzas para postgraduados.

El profesor Muntendam fué nombrado docente de Medicina social en la Universidad de Groninga, en 1937. Posteriormente fué profesor en la Universidad de Amsterdam, dando, a su vez, cur-

sos especiales sobre la Medicina de los Seguros sociales. Actualmente es secretario de Estado para Sanidad pública, dentro del Ministerio de Sanidad y Asuntos sociales. Tuvo la gentileza, en el otoño anterior, de recibirnos y mantener un amplio cambio de impresiones. En ellas pudimos comprobar que, análogamente a lo sucedido en Inglaterra, pero por procedimiento distinto, la preocupación gubernamental había sido muy fuerte por la formación de médicos idóneos, capaces de adaptarse al continuo progreso de la Medicina y a la nueva mentalidad social que la inspira. En 1947, y en unión de L. A. Veeger y W. J. Lojenga, el profesor Muntendam hizo un *rapport* importante, analizando los problemas que obligan a una reforma de la enseñanza, y los estadios que deben recorrerse para esta transformación. Igualmente la Asociación Neerlandesa para la Medicina social y bajo la presidencia de Tuntler, profesor ordinario de Higiene, Medicina social y preventiva de Groninga en aquella época (1937), propugna la creación de una enseñanza teórica y práctica de la Medicina social en todas las Facultades, con un profesor ordinario al frente, y siendo obligatorio para todos los estudiantes de Medicina la escolaridad y una prueba final de aptitud. Esta enseñanza debe ser dada en distintos años de la carrera.

En la actualidad hemos podido conocer directamente dos de las cátedras existentes, la de Amsterdam y la de Utrecht. Las dos nos han parecido interesantes y desarrollando una extensa labor, pero la de Amsterdam une a su labor teórica una gran acción de formar socialmente al médico en la práctica, por haber coordinado bien personalmente multitud de servicios en los que se ejerce docencia, relacionados con los servicios de Sanidad pública que dirige en Amsterdam el profesor Querido, titular de la cátedra. Su formación anterior corresponde al campo de la Psiquiatría infantil e Higiene mental, que junto con problemas sociales han ocupado su actividad.

El profesor Querido nos manifestó que en sus comienzos la enseñanza de la Medicina social se estableció como voluntaria para los estudiantes de Medicina, comenzando en sus primeros estadios por una introducción en Sociología. Los estudiantes no mostraban ningún interés y, en consecuencia, y después de gran controversia, se estableció su obligatoriedad, desarrollándose la enseñanza en cuatro semestres, en cada uno de los cuales reciben los alumnos unas treinta lecciones.

En el primer semestre se hace historia general del progreso social y de la previsión. Posición social de la Medicina como actividad social a través de la Historia y en la actualidad. En el segundo semestre se estudian las grandes líneas de la asistencia actual; relaciones entre el médico y el especialista, tipos de ejercicio de la Medicina y costo del cuidado médico. En este semestre comienzan los trabajos relacionados con la clínica, discutiendo sobre cada caso los problemas que plantea, la manera de averiguarlos y lo que costará su solución a la sociedad o a la familia, determinando quién es el organismo o persona que debe correr con su cuidado.

En el tercer ciclo se hace estudio de la legislación social en sus grandes líneas; relaciones entre las instituciones de todo orden que se ocupan de asistencia social o sanitaria y de previ-

sión. Organización de sus servicios. Estudio del cuadro social actual, incluido sus aspectos demográficos y antropológicos. En el cuarto ciclo se estudia ya específicamente Patología social, incluyendo los grupos de enfermedades que se consideren más importantes, instruyéndose a los alumnos en las técnicas de investigación, encuesta y diagnóstico social. En este ciclo son estudiadas asimismo las acciones sociales específicas sobre niños, escolares, ancianos, mujeres, trabajadores, etc., y, finalmente, estudios de Medicina preventiva, con unas últimas lecciones en las que se estudia y analiza en qué forma se puede realizar cualquier mejora que afecte a la salud, dentro del cuadro social y de los fenómenos sociales estudiados anteriormente.

Durante estos ciclos se alternan las conferencias teóricas con clases prácticas, en las que grupos de 20 a 25 alumnos se dedican al estudio de casos sociales procedentes de la clínica, en estrecha colaboración y acompañados en su visita por trabajadores sociales de muy distinto tipo. Existe un examen final obligatorio, que, cuando está suficientemente acreditada la asistencia a los cursos semestrales, puede ser sustituido por una tesis libremente elegida por el alumno y aprobada por el profesor.

En Utrecht la cátedra está desempeñada por el profesor Hornstra. De forma general se sigue la misma línea que la que acabamos de describir en la Universidad de Amsterdam, según nos comprobó el amplio cambio de impresiones mantenido con el titular de la cátedra y la documentación recogida. Existe un examen obligatorio de Medicina social a partir del segundo año de la carrera, estando repartidos los estudios en un grupo de lecciones teóricas, con su práctica correspondiente, que tiene lugar a todo lo largo de los años de la carrera, ocupando en cada uno trimestres o cuatrimestres. Conviene destacar que en algunos ciclos, en los que se considera conveniente, se hacen estudios conjuntos entre médicos, dentistas, visitantes sociales y sanitarios. En algunos de ellos se estudian y analizan problemas científicos y económicos en relación con los problemas de prestaciones farmacéuticas, convenientemente auxiliados por los correspondientes servicios universitarios. Se dedica bastante importancia a los problemas de población, genética y geriatría. Los exámenes se realizan por el mismo procedimiento que en Amsterdam, e igualmente tienen agregados en uno y otro departamento lectores y docentes de otras Facultades o de Centros de Estudios sociales. Esta cátedra, de igual forma que vimos en la de Ecología humana de Cambridge, tiene agregado la totalidad de los servicios sanitarios y de cuidado médico que se dan a los universitarios, incluidos los problemas de educación física.

* * *

La tradición médicosocial en Bélgica es antigua. Fué nación que se industrializó muy rápidamente y que pronto atrajo la atención de médicos y sociólogos para conocer las relaciones existentes entre el tipo de vida y la enfermedad. En 1865 Meynne, en su *Topografía médica de Bélgica*, hace un buen estudio, con bastantes datos estadísticos, de las relaciones entre la mor-

talidad y morbilidad de población y el tipo de su medio natural y social, proponiendo una serie de medidas de tipo general para modificar las condiciones existentes.

En 1912 René Sand funda la Asociación Belga de Medicina Social, y después de una vida de incansables trabajos para constituir un ambiente público y científico suficiente, y de establecer un servicio de clínica médicosocial en el Hospital Universitario de Saint Pierre, de Bruselas, consigue la creación de una cátedra de Medicina social en la Universidad de Bruselas con el apoyo económico, para su mejor servicio, de la Fundación Rockefeller. Sus Servicios fueron visitados por nosotros a final del año anterior. Actualmente se halla jubilado, pero aún continúa en actividad hasta la incorporación del nuevo titular designado, doctor Marcel Graffar, que en esta ocasión estaba realizando un amplio viaje por Estados Unidos para hacer un informe sobre la enseñanza de la Medicina social en las Universidades norteamericanas.

La Medicina social es obligatoria para los estudiantes de la Universidad de Bruselas, necesitando un certificado en el último año de los estudios de doctorado. Su enseñanza se distribuye durante la carrera en tres cursos, alternando siempre con prácticas de clínica médicosocial que se realizan en relación con las respectivas cátedras en las que se da enseñanza clínica. Aparte de ellas se obliga a los alumnos a realizar encuestas y trabajos en distintas instituciones y servicios de asistencia social y sanitaria.

El programa explicado hasta la fecha y distribuido en distintos cursos, como acabamos de decir, comprende una primera parte conceptual de fundamentos sociológicos e históricos. En la segunda se abordan fundamentalmente los problemas metodológicos, técnicos y estadísticos. En la tercera se estudian los problemas de estructura de población, estructura social y demografía médicosocial. A continuación, problemas de mortalidad y morbilidad diferencial, según clases y situaciones sociales. Antropología social, Psicología social y Psicometría social. En las últimas fases se estudia Patogenia y Patología social; factores económicos, culturales y de organización social y familiar; los grandes fenómenos sociales que tienen influencia en los estados de salud y enfermedad, tales como miseria, desorganización familiar o del trabajo, desarraigamiento, economía doméstica, etc. Atención especial se dedica a los problemas de genética y sexología y, finalmente, y de manera amplia, se explica la historia de la evolución social y de la asistencia sanitaria; organización de servicios, valoración de instituciones, reeducación, salud positiva y los modernos conceptos de Seguridad social.

El profesor René Sand es en Europa, después de Grotjahn, fallecido hace más de veinte años, el verdadero patriarca de la Medicina social. El año anterior obtuvo el Premio de la Organización Mundial de la Salud. En las conversaciones mantenidas con él procuramos conocer no sólo el funcionamiento de la enseñanza de la Medicina social en Bélgica, sino su opinión personal sobre el desarrollo de la misma en todos los países de Occidente, planteándole a su vez el problema de las viejas cátedras de Higiene y de su posible evolución hacia las de Medicina social, como co-

existencia, subordinación o eliminación de una de ellas. Para él el asunto está claro y en todo el mundo se viene desarrollando de manera análoga. La Higiene representa el estudio del medio físico y la enseñanza de una serie de métodos técnicos para ordenar lo derivado de él, como representa en gran medida el control de los medios de transmisión de las enfermedades infecciosas, saneamiento, condiciones higiénicas de la vivienda y los restos de una fase epidemiológica. La enseñanza de la Medicina social, sin excluir determinados conocimientos técnicos, tiene un sentido formativo primordial y superior a aquél, tratando de incorporar el pensamiento social de nuestra época a la mentalidad del médico e influyendo en el legislador social para tener en cuenta los problemas de Psicología social y de Biología humana. Son instrumentos de la Medicina social una serie de conocimientos demográficos, económicos y sociales que requieren, a su vez, técnicas distintas a las utilizadas habitualmente en la enseñanza de la Medicina.

Cree que, al contrario de lo que se piensa hoy en países no totalmente incorporados a este movimiento general, la Medicina social será la enseñanza extensa que abarcará obligatoriamente muchos cursos del *curriculum* médico, para dejar una huella permanente y eficaz en el espíritu que profesionalmente debe acompañar al médico durante toda su vida. La Higiene representará, por el contrario, una asignatura del grupo de especialidades, en la que habrá que suministrar al médico los conocimientos mínimos necesarios, desarrollando su acción más amplia en postgraduados, especialistas y técnicos sanitarios. En relación con esto conviene recordar lo ya descrito a propósito del proceso evolutivo que ha tenido lugar en Inglaterra. En las Universidades más importantes existe una cátedra de Medicina social, con independencia de la Higiene. En las otras existe una docencia de Medicina social dentro de las antiguas cátedras de Salud pública. Poco a poco, después de una coexistencia, los términos se van invirtiendo. En este proceso no sólo tienen importancia los momentos políticos y los estados sociales, sino la formación personal de los que en cada momento profesan la disciplina.

* * *

El fenómeno francés es muy complicado. Es el país donde los centros de asistencia social y médica han tenido una difusión más amplia. El Seguro de Enfermedad se establece en 1930 y agudiza los problemas del ejercicio profesional con una serie de grandes batallas parlamentarias, en las que realmente este Seguro queda siendo bastante poco social. En 1935 Etienne Burnet organiza una serie de cursos en el Colegio de Francia sobre Medicina social. La Facultad de Medicina de París confía en 1937 al neurólogo Crouzon un curso de Asistencia médicosocial, que cesa con su muerte. Pierre Joannet toma el título en la Universidad de París de profesor de Higiene y Medicina preventiva. Después de la guerra, Henri Desoille, profesor agregado, da cursos de Medicina social en el Colegio Libre de Ciencias Sociales y Económicas. Desde 1920 el profesor Parisot, de Nancy, toma el título de catedrático de Higiene y Medicina

social, creándose bajo este título un Instituto de Investigación, en el que se realizan trabajos en relación con los servicios sanitarios, obras de asistencia, Cajas de Seguros sociales y Asociaciones profesionales médicas. Desde él realiza una gran labor no sólo de adiestramiento técnico, sino de apostolado, para—como él dice—“dotar al cuerpo médico francés del conocimiento suficiente para participar los médicos prácticos en la Medicina preventiva y social, tanto como en sus aplicaciones individuales y colectivas”.

En el año 1943 Pierre Theil, que forma parte de los directivos sanitarios durante los años de la ocupación, exige la adaptación de la práctica médica a la Medicina preventiva y a la Medicina de los Seguros sociales, propugnando, en consecuencia, una reforma de la enseñanza. En 1945 Noel Fiessinger insiste extensamente acerca de las nuevas directrices de la Medicina social como Medicina de los cuidados y Medicina profiláctica. Marc Nédelec publica también en 1944 un gran ensayo sobre la reforma de la Medicina y la necesaria modificación de la enseñanza de la misma. Pero el hecho fundamental es que sobre esto se entabla una polémica de política médica, en que da cierta impresión de que los médicos franceses no quieren ser educados, ni que las nuevas generaciones lo sean, en los problemas médico-sociales, en cuanto éstos afectan al ejercicio profesional y a la Medicina de los Seguros sociales. Quizá el conocimiento les haría más flexibles y adaptables a determinadas renunciaciones económicas y de libertad profesional, no encontrando masas suficientemente enérgicas para defender con carácter exclusivo sus propios intereses.

Nuestra impresión personal es que, efectivamente, el médico reconoce la importancia científica de los problemas médicosociales y, asimismo, su repercusión práctica en la organización del ejercicio de la Medicina, a través de los servicios de Sanidad pública o de los Seguros sociales; pero cree que la enseñanza de los mismos debe existir universitariamente para postgraduados o especialistas y no para la totalidad de los estudiantes de Medicina. Naturalmente que ésta no es la opinión compartida por los núcleos profundamente interesados en el problema, desde el punto de vista docente y social.

* * *

Con todo lo anteriormente expuesto hasta este momento creemos haber dado una idea más o menos general de la situación actual de la enseñanza de la Medicina social y de su elevación a un rango académico de primer orden, en un conjunto de países que representan lo más característico del mundo occidental. En lo que a España se refiere, creemos que existen motivos de dos órdenes para proclamar la urgente necesidad de establecer una conveniente enseñanza de

la Medicina social en las Facultades españolas, para los estudiantes y para postgraduados. De una parte, es indudable que, desde el punto de vista estrictamente científico, no existe en nuestras Facultades ninguna cátedra en la que, de manera orgánica y respondiendo a un plan general, se enseñen las materias tan interesantes que constituyen la disciplina de que nos ocupamos. Y no sólo como punto de enfoque social de muchísimos problemas médicos, sino como enseñanza, aunque sea en un grado muy elemental, de determinados métodos y técnicas, que en ningún otro sitio son enseñados. El punto de vista biológico de la sociedad en todos sus aspectos, demográfico y psicológicosocial, no está representado con rango universitario suficiente en ninguna Facultad española.

Desde el punto de vista práctico, es una realidad que en España está funcionando un amplio sistema de Seguros sociales, en el que la prestación sanitaria tiene un papel primordial. La implantación, por razones de otro orden, fué muy rápida y quizá sin la suficiente discusión de los problemas profesionales que planteaba. Pero el hecho fundamental es que esta medida, socialmente necesaria, ha cogido al médico español sin formación suficiente. Será difícil que consigamos adaptar viejas mentalidades a nuevas situaciones con un ánimo constructivo y generoso; pero es preciso preocuparse de las nuevas generaciones que cada año van saliendo de nuestras Facultades, sin haber avanzado nada en el camino de la nueva formación imprescindible para el correcto desempeño de las nuevas misiones que al médico se le encomiendan. Los profesionales de buena voluntad que quieren conocer la realidad de su nueva situación y los problemas que la determinan o surgen de ella, deben encontrar igualmente el centro universitario de enseñanza para postgraduados, en el que de manera ponderada y serena, por encima de cualquier parcialidad de intereses, puedan ser informados y preparados de manera conveniente.

Quizá fuera una medida demasiado violenta y de excesivo esfuerzo económico, la creación simultánea de Cátedras de Medicina social en todas las Facultades españolas. Quizá todavía estamos muy lejos del momento en que, teniendo personal docente suficientemente capacitado, se pueda exigir la obligatoriedad de la enseñanza de esta disciplina a los estudiantes de Medicina; pero es preciso y urgente acometer el problema con decisión y sin vacilaciones, dispuestos a recorrer un determinado camino en un plazo de tiempo prudencial. La inminente Asamblea de Universidades que se ha de celebrar en Madrid es una oportunidad que se brinda al profesorado médico español de someter a consideración la forma en que la tarea deba ser comenzada.

Madrid, junio, 1953.