

ASPECTOS MEDICO - SOCIALES DE LA EDAD PERINATAL

“We must accept that in time of change the most idealist approach is the most realist”. JOHN ELLIS, *Preparation for the Profession*, Lancet, Nº 7159, pág. 1041, Nov. 12, 1960.

SUMARIO: I. Introducción. - II. Principales aspectos médico-sociales de la edad perinatal. - III. Perfeccionamiento del enfoque de los aspectos médico-sociales de la edad perinatal - IV. Conclusiones - V. Bibliografía.

I. INTRODUCCION

La razón de ser de este trabajo se fundamenta en dos conceptos principales: a) la necesidad de ampliar los alcances de la investigación científica referente al período de la vida humana donde menos se gana en materia de protección de la salud; y b) la promoción en el médico general de un mayor interés y colaboración para solucionar los factores provenientes de esos nuevos campos de investigación, de las ciencias sociales en particular.

Tal vez corresponda, en primer término, hacer esta pregunta: ¿Qué piensa actualmente el médico general de los aspectos sociales de la Medicina? Nos permitiremos aventurar una posible respuesta: Aunque se va ganando en información respecto a los factores económicos que dificultan la curación

de este o aquel paciente, no se tiene suficiente tiempo para tratar de resolver esos aspectos sociales dado el éxito inmediato que exigen los casos atendidos. Esta tarea asistencial que aumenta día a día da poca o ninguna oportunidad para interesarse o buscar correlación con esos aspectos sociales acerca de los cuales poca referencia se encuentra en las publicaciones o reuniones médicas. Lo que se nos enseñó en la Facultad, en la "materia" Medicina Social, lo aprendimos como cosa subsidiaria y teórica pero no de aplicación en la práctica consuetudinaria.

Corresponde, por lo tanto, que ofrezcamos aquí algunos fundamentos y testimonios respecto a la necesidad que el médico actual preste la atención que corresponde a los aspectos sociales de la Medicina para contribuir en la medida de su responsabilidad al cumplimiento de aquello que da existencia a nuestra profesión: el cuidado de la salud de las gentes.

Piénsese, por ejemplo, que la mortalidad infantil sigue siendo muy elevada en países donde las escuelas de Pediatría, tanto en materia de investigación como de técnicas pedagógicas, han alcanzado altos e indiscutidos niveles de calidad.

Piénsese también, que las madres cuyos hijos debemos proteger más, pues se les enferman y se les mueren más, no siguen las indicaciones que les damos para cuidarlos y tratarlos del modo como nosotros consideramos que deben hacerlo y en la forma que les hemos dicho y aconsejado.

Y piénsese, asimismo, que en un pasado muy próximo de 100 enfermos que se asistían, 70 eran vistos en la consulta privada y 30 en servicios públicos; y que ahora esta proporción se ha invertido.

¿Nos tienen que dejar indiferentes estas tres circunstancias que a modo de ejemplo hemos destacado: mortalidad infantil que no baja con el perfeccionamiento pediátrico, madres en cuyas normas de conducta no podemos influir y aumento inusitado de la asistencia de niños en consulta no privada? ¿Debemos esperar que de fuera de nuestra profesión se

nos traigan las soluciones que nosotros no hemos podido preparar, ni ofrecer?

Por supuesto que existen razones que justifican este no suficiente interés actual por los aspectos sociales de nuestra profesión. Algunas de ellas son propias de nuestra formación y modo de vida profesional, otras derivadas de las estructuras y fenómenos sociales que alcanzan a todas las personas en general. No es este el momento de entrar en el análisis de todos los factores de tal déficit, lo evidente y real es que esos problemas médico-sociales existen y que debemos preocuparnos por incorporarlos a nuestro interés y preocupación diaria, especialmente cuando enfocamos un problema de tanta importancia como el de evitar la enfermedad y muerte del ser humano en su etapa liminar de vida, en su edad perinatal, vale decir antes, durante e inmediatamente después del nacimiento. Y recuérdese además, con respecto a esa importancia, aunque sea sólo desde el punto de vista cuantitativo, que en la mayoría de nuestros países latinoamericanos, en plena "explosión demográfica", la cantidad de niños recién nacidos es y será una cantidad muy elevada. Asimismo, y correlacionando este escenario nuestro de acción, los países latinoamericanos, con los ya mentados factores sociales que, precisamente, entre nosotros se viven ya y se seguirán viviendo férvidos períodos de desarrollo socio-económico, que son promovidos desde todos los sectores nacionales y extranjeros, hay que tener presente, en consecuencia, tal como la U.N.E.S.C.O. claramente ⁽¹⁾ lo ha destacado, el riesgo de desorganización social que suele acompañar a tales períodos de desarrollo: Por lo tanto, los médicos, en lo que a nuestra profesión se refiere, debemos prestar debida y actualizada atención a la influencia, indiscutida y decisiva, que tales fenómenos sociales tienen tanto sobre el cui-

⁽¹⁾ U. N. E. S. C. O., *Problemas de desorganización social relacionados con la industrialización y la urbanización en los países de rápido desarrollo económico*, Revista Internacional de Política Criminal, pág. 64, Nº 9, enero, París, 1959.

dado de la salud de las gentes, como sobre el ejercicio de nuestra profesión. Y por lo tanto no tengamos a tal necesidad en un terreno extramédico; recordemos la unanimidad que existe ya sobre la integración en una sola Medicina de esos diversos aspectos que con propósitos didácticos o de divulgación algún enfoque inicial enunció de modo separado: curativo, preventivo, social.

“La Medicina, como un todo ha llegado a ser una importante e imprescindible función social, lo cual ha ido obligando a los médicos a desempeñar cada día en la colectividad un mayor papel educativo y de líderes. Por otra parte las comunidades se hacen cada vez más conscientes de sus derechos a la salud”, ha sido dicho con motivo de un Seminario de Formación Profesional Médica, (2) agregándose: “El progreso extraordinariamente rápido de la Medicina como de los cambios económico-sociales que se operan en las colectividades, obligan a los médicos de hoy a vivir en continuo y acelerado perfeccionamiento y en proceso de adaptación a las nuevas situaciones”. Esto parece significar una especie de desafío al concepto clásico del médico con criterio asistencial exclusivo. Y nuestra profesión médica no puede constituir un sector estático dentro de la colectividad de la cual forma parte. No puede haber asincronía entre nuestra clase profesional médica y el resto de la sociedad en lo que a evolución y desarrollo se refiere. Y además, como lo señala Guerreiro Ramos (3) con toda la autoridad que él tiene en estos temas: “El desconocimiento de los fundamentos sociológicos de los fenómenos biológicos nos lleva también a confundir los efectos con las causas, y por lo tanto, a no tratar muchas veces las condiciones patológicas y sí a *maltratarlas*, o sea contribuir a la presentación de las mismas”.

(2) VIEL, B., NECHME, A. y DÍAZ, S., *Informe general sobre el primer Seminario de Formación Profesional Médica*, folleto mimeografiado SFM/7, Santiago de Chile, setiembre, 1960.

(3) GUERREIRO RAMOS, A., *Sociología de la Mortalidad Infantil*, Cuaderno de Sociología, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional, México, 1955.

La armonización o inclusión de los factores sociales dentro de la constelación de factores tenidos hasta ahora como los principales dentro de la concepción clásica de las enfermedades, podrá hacerse mediante ese método cuyo nombre nos es bien conocido por los médicos: la Epidemiología. "La Epidemiología es el método principal de los estudios médico-sociales y repentinamente se ha puesto en boga" ha señalado últimamente Morris⁽⁴⁾. Recordemos para tener una referencia de aplicación concreta de estos aspectos, que en casi todos los trabajos pediátricos que nos trae la bibliografía de Inglaterra se cita entre los demás antecedentes, la clase social (según la escala del *General Register*) a que pertenecen los niños asistidos.

Los médicos, hay que reconocerlo y establecerlo, deberemos cumplir alguna etapa o actividad de adaptación a fin de pasar del enfoque predominantemente mecanicista de los hechos biológicos al que nos ofrecen las componentes sociales de la salud y la enfermedad. Ello será posible sin apartarnos de los criterios fundamentales de nuestra disciplina madre: el método científico. Como muy bien lo muestra Gino Germani⁽⁵⁾ "La metodología y la técnica de la investigación social han llegado a un notable grado de perfección capaz de lograr, por lo menos, una descripción cualitativa y cuantitativa de los hechos y, a la vez, de establecer o describir las principales correlaciones entre las diferentes series de fenómenos sometidos a estudio".

Tengamos confianza, entonces, los médicos en que si nos interesamos por los aspectos sociales de esa responsabilidad nuestra de cuidar la salud, no arriesgaremos a nuestra profesión en el tembladeral de campos abstractos y poco prácticos. Lo que debemos pensar es que el extraordinario interés y pro-

(4) MORRIS, J. N., *Medicina Social*, Bol. de la Of. Sanit. Panamericana, 51; 338; octubre, 1961.

(5) GERMANI, G., *Algunas repercusiones sociales de los cambios económicos de la Argentina*, Ciencias Sociales, Unión Panamericana, 3; 147, diciembre, 1952.

greso ocurrido hasta ahora en el campo tecnológico de los fenómenos físicos (el átomo, el espacio sideral, la velocidad, etc.) no se ha focalizado aún en los aspectos sociales de la vida del hombre. Estadísticas muy dignas de fe señalan una notable desproporción entre los numerosísimos trabajos de investigación relativos a las ciencias físicas y naturales, y los escasos referentes a las ciencias sociales.

Creemos que después de esta breve fundamentación de las razones existentes para que el médico general incorpore a su preocupación diaria los aspectos sociales de nuestra tarea, podemos pasar al terreno más concreto y mejor delimitado que intentamos alcanzar con el presente trabajo: el período de vida perinatal.

Habremos de ocuparnos de estos aspectos sociales según una clasificación "ad-hoc" que hemos confeccionado más con propósitos operativos que sobre un estricto criterio taxonómico. No nos habremos de ocupar taxativamente de lo relativo a Sanidad o Salud Pública por considerar a este campo más dentro de los alcances habituales del médico general. Advertimos también que los diferentes rubros citados no deben considerarse como compartimentos separados ya que, como es común en cuestiones sociales, suele haber entre ellos permanente interacción. Pretendemos también con este intento de clasificación, evitar que nuestros colegas tengan siempre delante de sí ese infuso capítulo de "Problemas sociales" y puedan, por el contrario, y tal como lo aprecia en la medicina clásica, ver campos científicos con características propias. Los aspectos sociales de la edad prenatal que deseamos presentar en esta oportunidad son los siguientes:

- A. Sociológico.
- B. Cultural.
- C. Económico.
- D. Educativa.
- E. Jurídico.

- F. De Asistencia y Servicios Sociales.
- G. De organización y Desarrollo de la Comunidad.
- H. De Seguridad Social.

A. Aspecto Sociológico

El nacimiento de niños constituye un hecho que, indiscutiblemente, influye en el conjunto de personas reunidas en sociedad; y tal hecho: la natalidad, a su vez, recibe notoria influencia de dicha sociedad. Explícase en consecuencia que la edad perinatal durante la cual, precisamente, tiene lugar el nacimiento, ofrezca una serie de facetas sociológicas de particular interés para la función médica.

Dada la intención de introducción a estos temas que tiene el presente trabajo, nos parece que corresponde aquí ofrecer alguna definición de lo que puede entenderse por *Sociología*. Según G. Alomar Esteve⁽⁶⁾ "es la ciencia de la investigación sistemática de los hechos relacionados con la colectividad de los seres humanos y el medio en que viven". Para nosotros los médicos nos interesa en especial lo que se estima como *Sociología Médica*; Mangus⁽⁷⁾ la define como: "el estudio científico de los elementos sociales, emocionales y culturales de las enfermedades y de la salud humanas".

Conviene señalar aquí que, por su lado, los sociólogos están necesitando nuestro concurso para dilucidar algunos de los problemas que les preocupan, como muy bien lo ha señalado De Césare⁽⁸⁾. Existe, por ejemplo, cierto grado de certeza entre los estudiosos de la Sociología que el nacimiento de hi-

(6) ALOMAR ESTEVE, G., *Ensayo de Glosario en español de términos de Sociología aplicados al planeamiento ecológico*, Rev. Mex. de Sociología, 22; 248, enero-abril, México, 1962.

(7) MANGUS, A. R., *Medical Sociology. Study of the Social Components of Illness and of Health*, Sociology and Social Research, 39; 158, enero-febrero, 1955, Los Angeles, U.S.A.

(8) DE CESARE, E. A., *Sobre el Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires*. Temas de Pedagogía Universitaria, 3ª serie, pág. 339, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 1960.

jos constituye un factor de valor considerable para la estabilización de las familias (9).

Quisiéramos ahora entrar a considerar uno de los problemas sociológicos más vinculado a la edad perinatal; es el relativo a las clases sociales. Nos adelantamos a señalar que no está en nuestro propósito incursionar en el campo político a que este tema es tan proclive. Sólo deseamos mostrar algunas razones en virtud de las cuales los médicos de esta o aquella región debemos saber interpretar la cantidad y calidad de los recién nacidos que debemos atender, a la luz de estos nuevos enfoques que tenemos que agregar a los conceptos clásicos aprendidos en la Facultad.

Las causas sociológicas cuya influencia sobre la natalidad está bien demostrada, son varias. Una de ellas, ya explicada por Spencer (10) es la uniformidad o heterogeneidad de las clases sociales: cuando éstas se diversifican los nacimientos disminuyen; cuando se homogeneizan éstos aumentan. Otro factor sociológico también suficientemente identificado es el fenómeno denominado *capilaridad social* (11) o tendencia de los individuos a elevarse hacia las clases de mayor nivel que la suya. Se ha apreciado que cuando en una sociedad se presentan dificultades a esa *capilaridad*, disminuyen los nacimientos en los grupos sociales cuyos integrantes tienen dificultades para elevarse dentro de la escala social. Es interesante destacar que entre estas dificultades han sido señalados los factores de carácter médico, como ser las enfermedades que pueden aquejar preponderantemente a un grupo social (12).

(9) NAEGELE, K. D. L., *Mothers: a Study of Middle Class Child Rearing Practice* (en preparación) citado por CUMMINGS, J. M., en *The Family and Mental Disorder*, The Milbank Memorial Fund Quarterly, 39; pág. 181, abril, 1961.

(10) SPENCER, H., citado por GASTON RAGOT en *La natalité, ses lois économiques et psychologiques*, pág. 31, ed. Flammarion, París, 1918.

(11) DUMONT, A., *Démocratie et Natalité*, citado por Mís de Reux, pág. 44, Nouvelle Librairie Nationale, París, 1918.

(12) DE OOSTER, S., *Movilidad social en Bélgica y formación de los "élite"*, Revista de la Universidad, pág. 125, N° 2, La Plata, 1961.

Para evidenciar aún más la preocupación existente en ciertas escuelas puericulturales respecto a la influencia de las clases sociales sobre los nacimientos, permítasenos citar a título informativo las observaciones de Pasamanick (13). Este autor norteamericano sostiene que la variación estacional de los nacimientos, más acentuada en los negros de ese país del Norte, se debería a que por falta de elementos de confort especialmente en el verano (falta de refrigeración, vivienda insalubre, etc.) en tal sector del pueblo de los EE. U.U., habría menor procreación.

También merecen ser destacados por la seriedad y objetividad con que se han realizado, los trabajos de Graffar (14) sobre la influencia de las clases sociales sobre los diversos aspectos de la maternidad y el recién nacido en la ciudad de Bruselas. En Nueva York, Yankauer demostró no sólo esta influencia de la clase social sobre los cuidados prenatales y el fruto de la gestación (15), sino también la influencia de lo que él denomina "desorganización social" del hogar.

Muchos y diversos podrían ser los ejemplos a ofrecer respecto a la influencia de la estratificación social sobre la maternidad y el recién nacido, vale decir sobre la edad perinatal, pero, como es fácil colegir, tal detalle escapa a los alcances de este trabajo. Deseamos, eso sí, agregar algunas referencias sobre la relación existente entre los factores sociológicos y la mortinatalidad, o sea sobre la mortalidad del ser humano en su período fetal (*defunción fetal*). Ofreceremos a este respecto un testimonio de singular valor por la fuente que lo provee. Nos estamos refiriendo a las determinaciones de Morris,

(13) PASAMANICK, B., DINITZ, S. y KNOBLOCK, H., *Socio-economic and Seasonal Variations in Birth Rates*, the Milbank Memorial Fund Quarterly, 38; 248, julio, 1960.

(14) GRAFFAR, M., *Cinq cents familles d'une commune de l'agglomération bruxelloise*, pág. 51, Ed. Institut de Sociologie Solvay, Bruselas, 1957.

(15) YANKAUER, A., *An Evaluation of Prenatal Care and its Relation to Social Disorganization*, Am. J. Public Health, 43; 1001, agosto, 1953.

Heady y colaboradores, en Inglaterra, país con señalado progreso en el estudio de las relaciones existentes entre clases sociales y demografía. Los mentados trabajos de Morris y su equipo, que ya resultan clásicos en la materia, muestran claramente cómo en las clases superiores I y II, los nacidos muertos suman menos que en las clases inferiores IV y V. Tales constataciones hechas en Inglaterra (16), país donde el Servicio Nacional de Salud ha casi nivelado el ofrecimiento por igual de asistencia médica a todos los habitantes sin distinción de clase, demuestran que no es sólo la posibilidad de buenas prestaciones médicas lo que juega papel decisivo en el determinismo de las defunciones fetales. Debemos recordar también la participación que la clase social tiene en ese ente nosológico denominado "mortalidad perinatal". Digna de mención a este respecto es la observación de Donnolly en una región rural de los Estados Unidos. Sobre la base de un correcto estudio estadístico destacó que entre gente de campo con diferente ingreso económico pero con igual rango social en virtud de su oficio, la mortalidad perinatal era similar. Esta observación de Donnolly fue comunicada con motivo de la discusión de un trabajo suyo (17) donde se destaca el particularísimo valor de los aspectos sociales sobre la mortalidad perinatal y según el cual cuando se ajustan los factores socio-económicos aún las diferencias de color de raza desaparecen.

Debemos también recordar en este capítulo la influencia de los factores de marras sobre el principal rubro de la morbinatalidad en la edad perinatal: la prematuridad. Tal influencia está ya suficientemente demostrada por diversos investiga-

(16) MORRIS, J. y HEADY, S. A., *Social and Biological Factors in Infant Mortality*, *Lancet*, N° 6863, p. 554, marzo 15 de 1955.

(17) DONNOLLY, J. F., *Parenteral, Fetal and Biological Factors in Perinatal Mortality*, *Am. J. Obst. and Gynaecology*, 74; 1245, diciembre, 1957.

dores entre los que habremos de citar a Willi ⁽¹⁸⁾, Eastman (19), Baumgartner ⁽²⁰⁾ y Valenzuela ⁽²¹⁾.

Contribuciones de real valor sobre la influencia de la clase social sobre la asistencia a la maternidad son las de la Escuela de Aberdeen (Escocia). En unos trabajos de E. Scott y colaboradores sobre la participación y colaboración de las grávidas, según clase social, en la asistencia médica que se les brinda, teniendo en cuenta su índice de inteligencia, se aprecia que la conducta de ciertas madres, aún con igual índice intelectual, se comporta según la clase a que pertenece. Y esta diferencia de clase influiría asimismo en la fidelidad y corrección con que las grávidas contestarían los interrogatorios en que se basan los "tests" y las historias clínicas ⁽²²⁾ ⁽²³⁾.

Deseamos ahora provechar la presente oportunidad para hacer una expresión de deseos: que los sociólogos unidos a los estadísticos y a los médicos interesados en el tema, provean una clasificación de clases sociales apta para que en nuestra Latino América, se sigan adelante los estudios con miras a esclarecer los problemas médicos en general, y de la edad perinatal en particular, vinculados a la circunstancia de vivir en sociedad. Mientras tanto, tal vez sea de utilidad trabajar con escalas como la de Graffar ⁽²⁴⁾ adaptadas a nuestro medio. Nosotros, en Santa Fe, hemos iniciado un ensayo de la aplica-

⁽¹⁸⁾ WILLI, H., *Pathologic der Neugeburtperiode*, Monatschrift für Kinderheilkunde, b. 107; heft 3, pág. 83-90, 1953.

⁽¹⁹⁾ EASTMAN, N. J., *Prematurity and its Relationship to Maternal Health*, California Health, pág. 1, febrero 15-28, 1953.

⁽²⁰⁾ BAUMGARTNER, I., *The Program for Prematurely Born Infants in New York City*, New York State J. of Medicine, 50; 289, febrero, 1950.

⁽²¹⁾ VALENZUELA, R. H., *Asistencia del recién nacido y del prematuro en México*, Anales Nestlé, pág. 24, N° 80.

⁽²²⁾ SCOTT, E., ILLSEY, R., BILES, M., III. *Some Aspects of Mater al Behavior*, J. Obstet. Gynaec. Brit. Empire, p. 494-501, 1956.

⁽²³⁾ SCOTT, E., ILLSEY, R. y THOMPSON, A. M., II. *Maternal Social Class, Age, Physique and Intelligence*, J. Obstet. Gynaec. Brit. Empire, p. 338-343, 1956.

⁽²⁴⁾ GRAFFAR, M., *Une méthode de classification sociale d'échantillons de population*, Courrier, 6; 455, 1956.

ción de la escala de Graffar, al estudio de la mortalidad perinatal. Respecto al "Warner Index" usado en los Estados Unidos, no hemos podido encontrar suficientes referencias.

Existen muchos otros capítulos, como es de imaginar, en el campo sociológico que ofrecen particular interés desde nuestra atalaya médica, que no podemos abordar aquí. Sólo recordaremos a mero título informativo las cuestiones relativas a la dinámica de grupos⁽²⁵⁾, a la Sociometría⁽²⁶⁾, Sociografía y a los grupos de presión todos ellos capaces de condicionar de una manera u otra el éxito o fracaso de más de un saludable propósito en favor de la protección de la edad perinatal mediante una eficiente asistencia de la maternidad y del recién nacido. Por ahora despertemos interés por estos temas y después habrán de venir nuevas y más enjundiosas realizaciones médicas en estos nuevos campos que se abren delante de la Medicina clásica.

B. Aspecto Cultural

Existen, como bien se sabe, diferentes acepciones de *cultura*. En la presente circunstancia interpretamos bajo este nombre a "la suma total de la herencia material e intelectual que satisface las necesidades biológicas y sociales de un pueblo adaptándolo a su contorno"⁽²⁷⁾. También es suficientemente conocida la necesidad de obtener el concurso de diversas disciplinas para el mejor estudio y conocimiento de los problemas culturales. Una de estas disciplinas es la Antropología Cultural que a diferencia de la Antropología Física (aquella de Lombroso, de la Criminología, etc.)⁽²⁸⁾ se ocupa principalmente de la ya citada "herencia material e intelectual".

⁽²⁵⁾ *Encyclopaedia of the Social Sciences*, t. VII, pág. 178, The MacMillan Co., Nueva York, 1935.

⁽²⁶⁾ MORENO, J. L., *Foundation of Sociometry*, Sociometry 4; 15; Nueva York, 1941.

⁽²⁷⁾ RADCLIFFE BROWN, E. *Evolution, Social or Cultural?*, Am. Anthropology, XLIX, pág. 78, 1947, Nueva York.

⁽²⁸⁾ BEATTIE, H. M., *Social Anthropology*, capítulo de *The New Outline of Modern Knowledge*, pág. 254, ed. Alan Pryce-Jones, Londres, 1956.

Se ha dicho que “nacer en una sociedad no es crecer y vivir en un mundo de hechos y eventos desnudos de valor” (29) y Linton (30) ha agregado “hasta los aspectos fisiológicos más íntimos de las relaciones sexuales están a menudo controlados por patrones culturales”. Nadie puede dejar de reconocer, en verdad, la decisiva influencia de las normas sociales en el determinismo de hechos tales como algunos vinculados a la salud durante el período perinatal: la asistencia de la grávida soltera y del recién nacido ilegítimo, por ejemplo. Y la influencia de las normas y patrones culturales se ejerce no sólo según las clases sociales sino de acuerdo a los diversos grupos que se establecen en relación a diferentes atributos: religiosos, nacionalidades, áreas geográficas dentro de un país, zonas urbanas o rurales, etc. Tal vez si los médicos tuvieramos en debida consideración estos temas que son del dominio de la Antropología Cultural podrían ser superadas serias barreras que suelen invalidar la acción médica. Para ejemplificar sobre esto señalaremos las dificultades que se presentan para que uno de nosotros, médicos formados en la ciudad e instalados en el campo, podamos conseguir que las mujeres de la zona comprendan los beneficios del parto en internación. Tal vez una mejor interpretación de los patrones culturales campesinos nos permitiría no caliificar de “ignorancia” lo que suele ser el fiel e inteligente respeto a normas de vida asentadas, año tras año, sobre formas tradicionales de cultura. Similares, tal vez, en su significación y respeto, a la que tenemos nosotros de tomar una tacita de café en la sala hospitalaria a tal hora todos los días.

Recuérdese también referente a este tema, que una institución de jerarquía y alcance ecuménico como es la O. M.

(29) *Guía de campo del investigador social*, publicación de la Oficina de Ciencias Sociales, manual técnico N° 4, Unión Panamericana, Washington, 1957.

(30) LINTON, R., *La familia y el matrimonio*, Estudio del Hombre, capítulo X, pág. 159, ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1957.

S. ⁽⁸¹⁾ aconseja respetar al máximo las costumbres y tradiciones respecto a la atención del embarazo, del parto y del recién nacido. Wellin ⁽⁸²⁾ por ejemplo, sostiene que en el Valle de Ica (Perú) "la partera nativa y el conjunto de costumbres relacionadas con el embarazo y parto reemplazan funciones que un hospital que no corresponde a tal tipo de comunidad puede proveer aún menos".

Guerreiro Ramos ⁽⁸³⁾ ha señalado en sus estudios sobre la mortalidad infantil en Brasil que es tanta la persistencia de las costumbres "folk", que éstas suelen no cambiar aún cuando las personas progresen manifiestamente en su situación económica. La influencia de los llamados "folkways" ⁽⁸⁴⁾ es tanta que bien merece el interés y preocupación de los médicos que desean desbrozar de toda barrera el camino hacia una mejor salud de las gentes, en especial durante ese período perinatal donde los resabios de "lo mágico" no dejan de perdurar. No debe pensarse que esto es sólo problema del campo, también se presentan en la orilla o cintura de las grandes ciudades donde se mezclan personas de cultura diferente. Así lo ha señalado, entre otros, Fernández Guizzetti ⁽⁸⁵⁾.

En los mismos Estados Unidos de Norte América se presentan dificultades para la asistencia a las grávidas y parturientas derivadas del respeto a ciertos patrones culturales. Los estudios de Antropología Cultural en poblaciones de Nuevo México así lo han demostrado ⁽⁸⁶⁾.

En Venezuela, por ejemplo, lo que se denomina "el com-

⁽⁸¹⁾ *World Health*, publicación de la O.M.S., mayo-junio 1957.

⁽⁸²⁾ WELLIN, E., *Pregnancy, Childbirth and Midwifery in the Valley of Ica*, folleto mimeografiado, Central Council for Health Education, Londres, Junio, 1956.

⁽⁸³⁾ GUERREIRO RAMOS, A., *loc. cit.*, pág. 134.

⁽⁸⁴⁾ GRAHAM SUMMER, W., *Folkway*, cap. 15, Boston, 1906.

⁽⁸⁵⁾ FERNÁNDEZ GUIZZETTI, G., *Comunicación personal*.

⁽⁸⁶⁾ VAN DER EERDEN, J., *Maternity Care in a Spanish-American Community of New Mexico*, The Catholic University Press, Washington, 1948.

padrazgo”, habrá de tener especial trascendencia para la vida de los niños acabados de nacer ⁽³⁷⁾.

Podríamos seguir agregando una serie de ejemplos de la participación de las diversas manifestaciones de la cultura de un área sobre la salud humana en su etapa perinatal, pero ello requiere, como es fácil colegir, un tiempo y espacio de los cuales aquí no se dispone. Deseamos colocar a modo de corolario de este capítulo el concepto de Benjamín Paul ⁽³⁸⁾ referente a que la *cultural* es la tercera dimensión de la Medicina, además de la *física y psíquica*.

C. Aspecto Económico

Creemos de mucha evidencia para todos los médicos la relación existente entre pobreza y mortalidad infantil, por ejemplo. Con relación al recién nacido existen ya comprobaciones terminantes al respecto, como la bien documentada de HERNSCH ⁽³⁹⁾ que muestra la mayor mortalidad por “debilidad congénita” en los barrios más pobres de París.

Pero, nos parece, la relación de los factores económicos con la salud en general, y de la edad perinatal en particular, debe merecer por parte nuestra, de los médicos actuales, alguna consideración mayor que ésta tan sencilla con que iniciamos el presente capítulo.

“La mortalidad infantil sólo podrá reducirse en la medida que la estructura económica se transforme faseológica-mente”, ha dicho Guerreiro Ramos, agregando: “La reducción de la mortalidad infantil a través de servicios médicos exclusivamente, sin modificación faseológica de la estructura eco-

⁽³⁷⁾ SILVA MICHELENA, J. A. y COLAB., *Aspectos socioeconómicos, socio-métricos, culturales y psicológicos de Cumacipa*, pág. 74, Ed. Universidad de Venezuela, Caracas, 1960.

⁽³⁸⁾ PAUL, Benjamín, *Medicine's Third Dimension*, J. Nat. Med. Association, 48; 323, setiembre, 1956.

⁽³⁹⁾ HERNSCH, L., citado por Guerreiro Ramos, cit. 3, pág. 124.

nómica, alcanza el carácter de verdadera destrucción" (40). Con esto el autor brasileño se refiere al problema del aumento de población en un país donde no se mejora el nivel de vida de sus habitantes. Entendemos por *nivel de vida* al conjunto de necesidades reales de una colectividad en un momento dado que incluye además de las necesidades biológicas como la alimentación, la salud, etc., también otras necesidades como las culturales, educacionales, políticas, religiosas, etc. (41).

La natalidad se relaciona con el desarrollo económico mediante un vínculo estrecho, manifestado en una evidente interacción en ambos sentidos. Si, supongamos, el mayor desarrollo económico mejora la calidad de la asistencia a la natalidad, ésta, a su vez, puede mejorar la capacidad del mercado interno en un país cuya incipiente industrialización necesita mayor cantidad de compradores, en dicho mercado.

Piénsese que nuestros países latinoamericanos se hallan casi todos en pleno desarrollo económico. Y pensemos también que éste no podrá interpretarse como exitoso si no tiene en cuenta también el desarrollo de ese otro tipo de riqueza de la comunidad: la salud. Comprendiendo esto con ponderable clarividencia la Oficina Sanitaria Panamericana trata de participar en el mentado desarrollo del Nuevo Mundo tomando parte en las tareas pertinentes, tales como las llevadas a cabo en la Reunión de Punta del Este. En su conocido boletín, correspondiente al mes de noviembre de 1961 (42) puede apreciarse la contribución que en materia de salud hizo dicha Oficina en aquella Reunión.

Respecto a esta necesidad de sincronización entre los programas de salud y los de desarrollo económico, nos permitiremos recordar que ya existen realizaciones concretas. Un ejem-

(40) GUERREIRO RAMOS, A., *loc. cit.*, pág. 76 y 77.

(41) MARDONES, F., *Nivel de vida y salud*, An. de Medicina Pública, año II, pág. 21, enero-diciembre, 1959.

(42) *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51; 473, noviembre, 1961.

plo lo da México (43) que procura especialmente en la zona rural llevar a cabo programas sanitarios en estrecha correlación con el desarrollo económico del área cuya salud se desea proteger.

Si de este plano un tanto general volvemos a la preocupación o interés que a cada médico nos deben merecer los factores económicos, recordemos que son ellos, precisamente, los que regulan la relación de cada médico con su asistido, sano o enfermo. Ha sido el aumento del costo de la buena asistencia (la única que se debe prestar) lo que ha modificado aquella "entente" directa médico-paciente, substituyéndola por un ente intermedio, llámese "Obra Social", "Servicio de Salud", "Seguro de Enfermedad", "Mutualidad", etc. ¡Cómo podremos mantenernos los médicos sin apreciar suficientemente los aspectos económicos que tienen los servicios a través de los cuales les llega a las gentes ese beneficio, la salud, que es la razón de ser de nosotros como profesionales!

Con relación al tema del presente trabajo, la protección de la salud en el período perinatal, se han vertido ya autorizadas opiniones relativas a su vinculación con los factores económicos. El Dr. Simón Gatto (44), que además de ser médico es legislador en su país, Italia, ha dicho: "Las perspectivas de mejorar la situación demográfica en el período perinatal están en gran parte ligadas a las del desarrollo económico y social".

Y para dar término a este capítulo en el cual hay posibilidades para extenderse largamente, deseamos hacer presente ciertos conceptos realmente señeros por su fuente, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz (45): "...como médicos no pensamos que todos los

(43) OVIEDO, M. A., *Las promociones socio-económicas en los programas de desarrollo de la comunidad*, Salud Pública de México, 3; 599, agosto, 1961.

(44) GATTO, S., *La mortalité périnatale en Italie*, Courrier, pág. 285, mayo 1961.

(45) HORWITZ, A., *El desarrollo económico y el bienestar social*, Bol. Of. Sanit. Panamericana; 51; 387, noviembre, 1961.

recursos deben destinarse a prevenir y tratarse las enfermedades y a fomento de la salud. Con todo el significado espiritual de nuestro cometido, miramos la realidad con objetividad suficiente como para aceptar la necesidad de un desarrollo económico y social armónico, bien concebido, que beneficie el mayor número”.

D. Aspecto Educativo

Tal vez puede parecer que acerca de estos aspectos del cuidado de la edad perinatal no es mucho lo novedoso que se pueda decir en la circunstancia presente. Si a cualquier médico se le pregunta: ¿Cree Ud. en la importancia de la educación sanitaria? es muy seguro que la contestación será afirmativa. Pero a la pregunta: ¿Está también seguro que las gentes cuya salud depende de Ud. reciben una eficaz educación para conservar y promover dicha salud? a esta pregunta, nos parece, no se contestará de modo tan afirmativo como a la primera.

Analizar ahora todos los factores que dificultan la correcta educación sanitaria de las personas, y en especial respecto a la edad perinatal, es tarea imposible. Procuraremos, eso sí, señalar algunos principios o conceptos que nos parecen dignos de ser destacados. Uno de ellos es el referente a la necesidad que el médico actual incluya, dentro de sus actividades de rutina, la de enseñar a sus atendidos la forma de evitar las enfermedades y promover la salud, de acuerdo a sus posibilidades personales de educador. Estas posibilidades habrá de perfeccionarlas con el mismo interés y la misma voluntad con que acrecienta las clásicas y las nuevas técnicas de diagnóstico y terapia. Afortunadamente para la edad perinatal, tema de este trabajo, se ha venido divulgando en lo relativo a maternidad todo un método educativo que se da en llamar: “preparación psicoprofiláctica para el parto”. Ojalá pudiéramos los médicos dedicar igual interés para el aprendizaje de cómo “preparar” a las madres para que cumplan las indicaciones

puericulturales o las inmunizaciones aconsejadas; y que gracias a ese aprendizaje sigamos siendo cada día mejores "preparadores" (educadores) siguiendo alguna metodología, y no pretendiendo hacer "educación sanitaria" con una indicación apurada que se da entre paciente y paciente, o poniendo al alcance de las madres algún volante o desplegable que muchas veces sólo sirve para envolver fruta o hacer algún paquete.

Otro concepto que nos sugiere la consideración de los aspectos educacionales de nuestra profesión es el referente a la necesidad de ganar en medios de aprendizaje no sólo de los pacientes sino de nosotros mismos. Esta incitación a que los médicos procuremos cada día ser mejores autodidactos tiene actualísimo valor, ya que estamos viviendo una época en que el perfeccionamiento tecnológico se realiza a una velocidad inaudita. Tal interés por mejorar nuestra calidad de autodidactos debe ser promovido en las Escuelas de Medicina y habremos de continuar promoviéndolo la vida entera.

También deseamos señalar, refiriéndonos en un plano más elevado a la importancia de los aspectos educacionales de nuestro tiempo, que estos aspectos habrán de ser promovidos paralela e íntegramente al desarrollo económico de la comunidad. Un auténtico desarrollo no es hipertrofia de partes, sino desenvolvimiento armónico de todas estas partes. No hay pues que posponer Educación ante Economía. Son dos cuestiones en interacción permanente. Permítasenos citar acerca de este tema unos valiosos conceptos del autor chileno Vicente Silva Moreno, quien sostiene la necesidad de organizar la sociedad contemporánea "en torno a un sistema económico que produzca y un sistema educacional que forme al hombre como tal y que lo encaje en el mecanismo de producción donde debe cumplir con la misma eficiencia una labor material que haga posible su libertad espiritual (46).

(46) SILVA MORENO, J., *La Universidad contemporánea*, Pediatría, 4; 161, abril-junio, 1961.

Queremos ahora, volviendo al terreno de la protección de la salud en el período perinatal, mostrar algunas evidencias de trabajos médicos sobre los aspectos educativos de la asistencia a la grávida y al recién nacido. Ellos corresponden a la ya citada escuela de Aberdeen: uno de ellos muestra la necesidad de tener en cuenta el "test" de inteligencia de cada embarazada, a fin de asegurarse un mejor cumplimiento de los cuidados prenatales (47). En otro trabajo de dicha Escuela se ofrecen también evidencias, sobre una experimentación muy bien documentada, de lo posible que es superar, mediante un adecuado estímulo de emulación respecto a convencionalismos sociales, las diferencias establecidas por los "tests" de inteligencia (48).

Esta preocupación por los "tests" de inteligencia en lo que se refiere a la prevención de la morbimortalidad perinatal mediante la adecuada educación e higiene mental de la grávida y parturienta, se ha acrecentado ante la constatación en diversas colectividades de una mayor letalidad en dicho período de los hijos de las mujeres con mayor grado de ignorancia. La encuesta sobre morbimortalidad perinatal realizada en París así lo demostró (49). Es esa misma importancia que debemos dar a los aspectos educacionales de la asistencia al período perinatal la que ha llevado, por ejemplo, a propugnar que todos los servicios de prematuros ofrezcan suficientes facilidades para que, la población en general y los padres en particular, conozcan y aprendan los cuidados particulares que dichos niños requieren (50).

(47) SCOTT, E. M. y THOMSON, A. A., *A Psychological Investigation of Primigravidae, I, Methods*, J. Obstet. Gynaec. Brit. Empire, 331-343, 1956.

(48) SCOTT, E. H. y THOMPSON, A. M., *IV. Psychological Factors and the Clinical Phenomena of Labour*, J. Obstet. Gynaec. Brit. Empire. 502-508, 1956.

(49) *Enquete sur la mortalité et sur la mortalité néonatale*, Inst. Nat. Hyg. et Caisse Nat. de Sécurité Sociale, Paris, 1949.

(50) MINUJIN, A., *Organización de Centros para Prematuros en Europa*, folleto mimeografiado, pág. 14, ed. del autor, Buenos Aires, 1960.

E. Aspecto Jurídico

El Derecho da base firme a la doctrina y práctica de más de una buena intención médica.

Los aspectos jurídicos de la protección a la embarazada, parturienta y recién nacido, vale decir a la vida humana en su período perinatal, tienen relación con diversas acepciones del Derecho: Derecho Social, de Familia, del Trabajo, Laboral, Criminal, Maternal⁽⁵¹⁾, etc.

Nuestra falta de versación suficiente en materia jurídica hace que sólo podamos hacer aquí algunas referencias de los aspectos legales que a los médicos nos ofrece la asistencia de la maternidad y el recién nacido.

Se ha denominado "Protección laboral mínima"⁽⁵²⁾ de la obrera embarazada aquélla que incluye: a) descanso pre y post-natal; b) reposo por invalidez patológica de causa grávido-puerperal; c) supresión del trabajo insalubre e inadecuado; d) facilidades de lactancia; e) conservación del empleo; f) compensación de salarios perdidos por los reposos legales de maternidad; g) prestaciones en especie como ser asistencia médica y odontológica, medicamentos, refugios-escuelas para madres sin hogar, salas-cunas para los hijos, además de otras que citaremos en el capítulo relativo a la Seguridad Social.

¡Cómo no vamos a interesarnos los médicos por proteger a la futura madre de los peligros que pueden acarrearle las actividades laborales y el industrialismo desenfrenado, si vemos aumentar diariamente la cantidad de mujeres que deben compartir su tiempo y sus fuerzas entre el hogar y la fábrica o el comercio!

Respecto a los problemas jurídicos que pueden presentarse al recién nacido, sólo habremos de referirnos en la presente:

(51) BACHOFER, J., citado por CUVILIER, *Manual de Sociología*, pág. 42, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1961.

(52) CASTRO, A., *Legislación y vigilancia del trabajo de las madres. Medidas de Ayuda Social*, tomo I de Causas y prevención de la morbilidad y mortalidad perinatales, pág. 213, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, 1961.

circunstancia a aquéllos que, por supuesto, tocan más de cerca a nuestros propósitos puericulturales.

Existen muchos otros problemas que son tributarios de ese amplio capítulo constituido por la "Política de la Población", el cual en estos últimos tiempos comprende cuestiones de directo interés médico tales como el control de los nacimientos mediante la administración de hormonas o la interrupción legal del embarazo.

Veamos algo sobre la identificación del recién nacido. No dejamos de comprender las diversas dificultades que se presentan en la práctica para realizar esta identificación, respecto a la cual nuestro sector médico debe facilitar en lo posible el cumplimiento de este asunto relacionado fundamentalmente con el Registro de las Personas. Lo que está más bajo nuestro directo alcance en materia de documentación legal del recién nacido es la confección del correspondiente certificado. Todo médico debe tener exacto concepto de la importancia y trascendencia de este documento y, por lo tanto, habrá de confeccionarlo con la mayor eficiencia y claridad. Me permito citar una referencia de carácter personal: Hace poco tiempo fui consultado por el Director General de Registro Civil de mi provincia sobre algunos problemas, entre ellos sobre la dificultad que tienen generalmente los médicos para anotar con claridad la hora en que nació el niño; lo cual, agregaba el Director mencionado, es de singular importancia en ciertos casos de sucesiones.

Acerca de la ilegitimidad, término muy trillado entre médicos y no médicos, sólo señalaremos algunos puntos que nos parecen dignos de mención. En primer lugar diremos que si todas las apreciaciones, con el apoyo de la Biocestadística, coinciden en la existencia de una mayor morbimortalidad de los hijos ilegítimos, nosotros los médicos no podemos dejar de dedicar la correspondiente prioridad a estos niños en mayor riesgo. Por supuesto que ya nadie discute que debe darse igual asistencia social y médica a la madre soltera y al hijo ilegítimo.

Lo que nos debe interesar, principalmente, es acerca de qué parte nos corresponde en la profilaxis del hijo ilegítimo y también en la profilaxis de otra seria amenaza para su salud: el abandono, cuando no el infanticidio. Este problema de la ilegitimidad está asumiendo proporciones serias aún en aquellos países tenidos como mejor evolucionados. En Estados Unidos⁽⁵³⁾, en Inglaterra⁽⁵⁴⁾, en Suecia, en Italia⁽⁵⁵⁾ han aumentado significativamente en estos últimos años. Corresponde aquí recordar que para la integridad física y psíquica nos interesa apreciar la implicancia social que en cada comunidad tiene la ilegitimidad. He aquí otro ejemplo de la influencia de las normas y patrones sociales sobre la edad perinatal. Bien se sabe que en algunos lugares la ilegitimidad, por razones de costumbres y tradición, no se acepta; en estos países, como es lógico, la salud de tal neonato corre diversos riesgos: su gestación puede haber sido mal atendida, su parto generalmente no es correctamente asistido, y en su período de recién nacido lo amenazan muchas otras agresiones. Por el contrario, donde los patrones culturales no señalan diferencia alguna entre el hijo del matrimonio ante la ley y el que nace fuera de ésta, aquellos riesgos se ven disminuidos. Existen testimonios y referencias numerosas sobre estos peligros para la edad perinatal en trance de ilegitimidad. Así por ejemplo, Minujin que hace poco ha regresado de los países europeos después de visitar los principales servicios de prematuros, ha mostrado la elevada proporción de niños ilegítimos que había en tales servicios. También Minujin⁽⁵⁶⁾ se ha ocupado de propugnar el cambio legal de apellido del hijo ilegítimo.

(53) "Natality Statistics", *Vital Statistics of the United States 1959*, ed. Public Health Service, Washington, 1961.

(54) *Unmarried Mothers and their Children*, *Lancet*, pág. 380. febrero 18 de 1960.

(55) MINUJIN, *loc. cit.*, pág. 11.

(56) MINUJIN, A. y MALER, A., *Muertes feto-neonatales evitables mediante medidas de carácter legislativo*, folleto mimeografiado, Instituto de Maternidad des Hospital Fernández, Buenos Aires, noviembre 1960.

Ultimamente en varias grandes ciudades de nuestro país se ha descubierto un verdadero "mercado negro" de recién nacidos. Los médicos, ¿debemos seguir ciegos y' sordos a estos asuntos médico-legales? ¿No nos consideramos obligados a contribuir a la mejor solución de tales peligros?

También en materia legal los médicos debemos propender a que en todas partes se dé a las autopsias e investigaciones médico-forenses en recién nacidos todas las facilidades necesarias, ya que por lo general se carece de las más elementales.

Deseamos ahora citar unos trabajos sobre aspectos médico-sociales de los ilegítimos que son dignos de consideración por la seria base científica con que se han realizado. Son los de la Dra. J. Patker y sus colaboradores de la ciudad de Nueva York ⁽⁵⁷⁾. Destacaremos sólo dos de sus principales observaciones: una de ellas muestra que sobre la salud del recién nacido influye mucho más la salubridad del ambiente que el hecho aislado de haber nacido dentro o fuera de la ley; y la otra se refiere a esta circunstancia: las madres no blancas con hijos ilegítimos los siguen cuidando ellas en una proporción significativamente mayor que las madres blancas, quienes tratan de ubicarlos en instituciones especiales. Agregaremos que según estos trabajos de la Dra. Patker se ve que de estas madres que encuentran ayuda para criar sus hijos son las menos las que reinciden; esto parecería demostrar que brindarles tal ayuda no significa fomentar el nacimiento de niños ilegítimos.

La legislación que protege a la maternidad, al recién nacido y al niño debe ser revisada a la luz de nuevos y más ajustados criterios sociales y médicos. Tal es la opinión de fuentes muy autorizadas, entre ellas la última Conferencia de la Casa Blanca de los Estados Unidos.

⁽⁵⁷⁾ PATKER, J. y COLAB., *Out-of-Wedlock Birth in New York City*, Am. J. Public Health, 51, pág. 683 y 846, respectivamente de los meses de mayo y junio de 1961.

F. Aspecto de Asistencia y Servicio Social

En un plazo de tiempo no muy largo hemos podido observar cómo de aquel concepto de la beneficencia, muy próximo a la conmiseración que merecía la atención de la maternidad y el recién nacido, se ha llegado al concepto actualmente más difundido: tales situaciones no deben beneficiarse de un sentimiento de lástima sino que son merecedoras de la ayuda que la sociedad entera debe proveer a uno de sus sectores más vulnerables y de mayor trascendencia para la tan ansiada salud y normalidad de la comunidad. Hoy debe tenerse establecido, y de modo axiomático, que la embarazada, la parturienta y el recién nacido, tienen derecho a su correcta asistencia, pues cualquier insuficiencia de ésta, constituye un déficit de la organización de la comunidad de la cual todos sus integrantes nos debemos sentir solidarios y participantes.

Creemos que no corresponde recordar aquí todos los aspectos y pormenores que comprende la Asistencia y el Servicio Social que deben prestarse a la maternidad y al neonato o sea al período perinatal de la vida humana. Personalmente hemos hecho algunos aportes al respecto ⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾ y estamos ciertos que quién se interese por estos aspectos sociales con fines concretos de aplicación, no dejará de encontrar con facilidad útiles referencias en la literatura científica especializada.

Nuestro interés, focalizado en el médico general, nos obliga a señalar que, por lo menos en nuestro país, está bastante demorada la incorporación en su puesto especial, del Asistente o Trabajador Social al equipo de colaboradores que necesita hoy en día todo médico para practicar la Medicina integral que anhela. Como todavía se enseña a muchos estudiantes una Medicina demasiado separada en "materias", el futuro médico

⁽⁵⁸⁾ MENCHACA, F. J., *El Servicio Social como elemento del Seguro Social*, Rev. de la Esc. de Serv. Social, año I, noviembre-diciembre, 1946, Santa Fe.

⁽⁵⁹⁾ MENCHACA, F. J., *Servicio Social como elemento del Seguro de Enfermedad y Maternidad*, El Día Médico, año XIX, N° 44, 1947.

no podrá integrar, por ejemplo, la atención de la sífilis de una embarazada en los factores sociales que pueden influenciar, no sólo la génesis de la afección, sino el seguimiento de la terapéutica materna, como tampoco la vigilancia posterior al neonato. Si al mostrársele tal caso de sífilis junto con el obstetra estuviera la Asistente Social del hospital o maternidad y con esta última visitara el hogar de la enferma, tal vez el futuro médico, durante su carrera profesional, utilizaría de modo eficaz la ayuda del Servicio Social. Y tal vez, con tal procedimiento pedagógico, el futuro médico con una personalidad profesional más consciente de sus limitaciones, pueda compartir con mayor eficacia el tratamiento integral y no meramente fisiopatológico, con tan útiles colaboradores como el Asistente Social, la Visitadora de Higiene, el Educador Sanitario, etc.

Otro aspecto de la Asistencia y Servicio Social que deseamos señalar en la circunstancia presente es el relativo a la dificultad que existe para disponer de personal suficiente para desempeñar tareas de Asistente o Trabajador Social en los lugares menos evolucionados donde, precisamente, es más necesaria esta colaboración. Creemos que al igual que aconsejado por la O. M. S. donde no hay obstétricas diplomadas, los médicos en materia de Asistencia Social debemos aprovechar hábilmente la colaboración de esa gente que en toda comunidad se siente instada a colaborar en la ayuda al prójimo. Es claro que para esto, y como ya lo dijimos en el párrafo anterior, es necesario que en las Escuelas de Medicina se enseñen, integrados al resto de la enseñanza, los principios elementales del Servicio Social Individual o Familiar, de Grupos y de la Comunidad.

Por supuesto que no dejaremos de comprender que en estos temas relativos a la Asistencia y al Servicio Social es necesario tener en especial consideración las estructuras político-económicas que en cada país fundamentan el bienestar común, pero con criterio realista, los médicos cualquiera que sean ta-

les estructuras básicas, debemos enriquecer nuestras técnicas con aquéllas que nos permiten cumplir una acción útil en estos campos médico-sociales que nos ofrecen las ya mentadas Asistencia y Servicio.

G. De Organización y Desarrollo de la Comunidad

Alguien podrá decirnos aquí que "Organización y Desarrollo de la Comunidad" puede entenderse como una parte o inciso del capítulo inmediato anterior. Pero nosotros creemos que bajo esta denominación los médicos debemos interpretar todo un proceso que rebasa en mucho los alcances de una técnica o método más de Servicio Social.

Baeza Goñi, el distinguido pediatra chileno, al referirse al Desarrollo de la Comunidad, dice que debe entenderse por tal a "aquellos procesos en virtud de los cuales los esfuerzos de una población se suman a los de los organismos públicos y privados existentes en un área determinada para mejorar las condiciones económicas, sociales, culturales y nutricionales en toda una comunidad integrándola a la vida de la Nación y proporcionándole así la oportunidad de contribuir plenamente a su progreso" (60).

Nos parece asimismo de utilidad y conveniencia en esta especie de introducción a los principales aspectos sociales de la tarea médica, ofrecer también a nuestros colegas alguna definición de lo que debe considerarse como *comunidad* (61): "Todo conglomerado organizado y voluntario de individuos que residen en una área bien especificada y que tienen instituciones comunes tales como escuelas, iglesias, servicios públicos, etc., entre las cuales se tiene reconocido y aceptado cierto grado de interdependencia".

(60) BAEZA GOÑI, A., *Programas de Bienestar Social y su influencia sobre la nutrición*, Simposios sobre la Nutrición del Niño y la Familia, ed. Instituto Interamericano del Niño, pág. 71, Montevideo, 1959.

(61) *Encyclopaedia of the Social Sciences*, T. IV, pág. 102, The MacMillan Co., Nueva York, 1943.

Ahora bien: ¿puede o no necesitar el médico general el conocimiento de los principios relativos al Desarrollo y Organización de la Comunidad? Nosotros creemos que sí y algunas de las razones son las siguientes: a) Está ya aceptado que la tarea médica no puede realizarse con suficiente y duradero éxito si no se lleva a cabo en relación con las demás actividades del área de población donde tiene lugar; b) La protección de la salud de dicha área no puede planificarse, ni realizarse, ni valorarse debidamente, si no se conoce el estado actual de los recursos, tanto humanos como materiales, y de las demás características propias de dicha área dentro del ámbito. Tal estado actual o estudio constituye uno de los pasos fundamentales de la Organización y Desarrollo de la Comunidad; c) Existe ya suficiente experiencia y está aprobada por un consenso universal que "Organización y Desarrollo de la Comunidad" constituye una metodología de trabajo muy bien reglado y administrado que todo médico o grupo de médicos puede incorporar a su criterio científico, tal como ya tiene asimilados diferentes métodos para el tratamiento del caso individual; d) Participando de la Organización de la Comunidad el médico general no sólo ganará en conocimiento de las raíces colectivas de esta o aquella enfermedad, sino que tendrá a su alcance medios y recursos de mayor acción y trascendencia para alcanzar soluciones definitivas y no meramente transitorias. Las Naciones Unidas en sus publicaciones especializadas ha señalado el beneficio de los progresos ⁽⁶²⁾ integrados de sanidad con los de Desarrollo de la Comunidad.

No es éste, creemos, el momento de detallar la forma en que la acción médica entra a formar parte de ese proceso, de elevados propósitos cívicos y democráticos: la Organización y desarrollo de la Comunidad. Cualquier médico que se interese encontrará en numerosas fuentes bibliográficas donde abreviar

⁽⁶²⁾ *Los Servicios Sociales en el Desarrollo de la Comunidad*, Revista Internacional de Servicio Social, N° 6, pág. 7, marzo, 1960, Washington.

ese interés. Sólo deseamos destacar que si bien a los médicos formados en las clásicas Escuelas de Medicina no nos resultará fácil consubstanciarnos en seguida con estos nuevos métodos, todos debemos propender a que los colegas que vienen luego de nosotros, interpreten y practiquen dichas técnicas de modo íntimamente sentido. Para ello será de conveniencia que toda Universidad disponga de un área de demostración de Desarrollo y Organización de la Comunidad donde los estudiantes de las diversas ramas del saber, aprendan de modo teórico-práctico este método imprescindible para vivir y trabajar eficazmente en esta era tecnológica cada día más compleja y que cada vez nos separa más a los unos de los otros. Existen ya interesantes experiencias sobre este tipo de formación universitaria ⁽⁶³⁾ ⁽⁶⁴⁾.

Terminaremos estas apreciaciones sobre la estrecha relación que debe haber entre faena médica, especialmente para la protección de la vida en el tan vulnerable período perinatal y el proceso de Organización ya varias veces citado, con el señalamiento de lo que consideramos principal escollo para que aquella relación pueda establecerse y proveer frutos provechosos. Este escollo es lo que podemos denominar el insuficiente desarrollo de criterio organizativo que predomina entre nosotros, los formados en los moldes clásicos de la Medicina. Personalmente sostenemos que, conscientes o no, nos sentimos herederos del mago, nuestro indiscutido antecesor, y por lo tanto nos sentimos capacitados para, con nuestra inspiración, obviar los requerimientos de organización y administración exigidos por cualquier actividad humana que aspira a alcanzar exitosamente sus objetivos por el camino más equitativo y ló-

⁽⁶³⁾ *Documentos de Extensión Universitaria*, N° 1, Departamento de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Buenos Aires, 1959.

⁽⁶⁴⁾ *Formación del estudiante universitario en aspectos sanitarios de organización de la comunidad; informe de la Federación Chilena de Estudiantes*, An. de Medicina Pública, año III, pág. 49, enero-diciembre, 1960.

gico. Difícil nos resultará, entonces, a los médicos actuales, participar ordenadamente en el Desarrollo de la Comunidad cuando llevamos (¿cultivamos?) toda una manera de vivir y trabajar en que los principios organizativos no se tienen muy en cuenta. Tal anti-organización en la manera de pensar y de actuar cuando se asume un cargo importante directivo y trascendente, tiene consecuencias que podemos muy bien denominar “demo-iatrogénicas”. Tal vez nuevas generaciones de médicos formados en Escuelas Médicas más ajustadas a las exigencias presentes de un vivir más armónico y caótico, sean capaces de participar en la Organización de la Comunidad con la peregrina eficacia y valor que tiene nuestra importante profesión.

H. De Seguridad Social

Permítasenos iniciar esta parte de nuestra contribución con estas palabras definitorias: “Seguridad Social es un aspecto de la política social contemporánea, generalmente contemplado en las legislaciones actuales como sistemas de medidas económico-sociales para ofrecer garantías de nivel de vida satisfactorio y compatible con la dignidad humana. Por lo general, incluye un programa combinado de seguros sociales, asistencia social y servicios sociales, con participación armónica de la responsabilidad pública y de la iniciativa privada” (65).

Existen algunas calificadas opiniones sobre el valor de las prestaciones de la Seguridad Social no únicamente sobre la salud de embarazadas y recién nacidos, sino sobre otro problema de mayor trascendencia: la superpoblación o “explosión demográfica”. Un muy bien documentado informe en la isla *Mauritius* realizado por P. M. Titnus y B. Abel-Smith (66)

(65) *Terminología de Servicio Social*, folleto mimeografiado, pág. 10, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, 1957.

(66) TITNUS, P. A. y ABEL-SMITH, B., *Planning for Mauritius*, Milbank Memorial Fund Quarterly, 39, 647, octubre, 1961.

donde después de estudiarse las diversas formas para impedir la superpoblación de la isla, se termina estableciendo que es mediante el adecuado estímulo de ayudas familiares que fomenta el casamiento de personas no muy jóvenes, la menor fertilidad familiar y el mayor espacio de tiempo entre cada hijo, se podrá solucionar tan serio problema demográfico. Tal vez esta sugestión merezca ser estudiada con alcance mayor que el tenido en la citada isla.

Recordaremos ahora las principales prestaciones con que un sistema de Seguridad Social puede contribuir a preservar la salud en el período perinatal. A riesgo de repetir algo ya conocido citaremos: asistencia médica precoz y periódica de la grávida, ayuda alimentaria, preparación psicoprofiláctica para el parto, asistencia odontológica, traslado al lugar del parto, internación y asistencia por personal suficientemente capacitado, oxigenación y anestesia, atención quirúrgica y de las diversas especialidades, asistencia del puerperio, rehabilitación en caso de invalidez o incapacidad. La asistencia del recién nacido deberá comprender su atención por personal especializado mediante los diversos procedimientos que el caso requiera: oxigenoterapia, servicio especial de prematuros, intervenciones quirúrgicas y de especialistas, etc. Además de todas estas prestaciones médicas, hay que recordar los subsidios económicos o asignaciones familiares durante el embarazo (en momento oportuno y con buen control del Servicio Social), así como los demás beneficios en el régimen laboral acerca de los cuales nos hemos referido en el capítulo: "Aspectos jurídicos".

Permítasenos ahora, con propósito de no extendernos en consideraciones demasiado largas, poner énfasis en algunos conceptos que es menester difundir entre el común de nuestros colegas respecto a estos aspectos médico-sociales de la Seguridad Social en general y de la edad perinatal en especial. Uno de ellos es el siguiente: Aunque ya existen suficientes evidencias, en los países más evolucionados, acerca del beneficio que la Seguridad Social tiene sobre la salud de la embarazada

y del recién nacido, los médicos no nos sentimos todavía muy convencidos e instados a participar con mayor decisión en la planificación, programación y evaluación de estos sistemas de Seguridad Social, razón por la cual estos aspectos son atendidos por personas no médicas con todos los inconvenientes que puede acarrear la falta del conocimiento técnico específico. Otro concepto digno de ser tenido en cuenta: Participando los médicos en los sistemas de Seguridad Social, tenemos una oportunidad para reestructurar la organización y los ordenamientos que consideramos anaacrónicos y poco provechosos. Y tal vez con dicha estructuración podamos alcanzar el propósito u objetivo que es común para la Seguridad Social y para la Medicina: que todas las gentes, sin distinción alguna, tengan las mejores oportunidades para restablecerse de eso de lo cual no tiene culpa alguna: de enfermarse. También nos parece oportuno expresar que al participar activamente nuestra profesión en los sistemas de Seguridad Social lo debe hacer procurando que también a esta profesión nuestra le lleguen con toda justicia los beneficios que reciben los demás sectores de la comunidad.

III. PERFECCIONAMIENTO DEL ENFOQUE DE LOS ASPECTOS MEDICO-SOCIALES DE LA EDAD PERINATAL

Esperamos que después de haberse expuesto lo que antecede se tendrá convicción suficiente sobre la necesidad que el médico estudie e interprete cabalmente los aspectos sociales de la Medicina en general, y en especial, dada la circunstancia que motiva este trabajo, la de la edad perinatal. Y que no se tenga a este estudio como algo especializado o en campo extramédico sino integrado, consubstanciado, en interacción con las alteraciones o deterioros físicos y psíquicos tenidos más presentes en la formación médica clásica.

Con propósito de ordenar esta exposición clasificaremos en dos los momentos en los cuales habrá de promoverse este in-

terés por los aspectos sociales de nuestra tarea profesional. Uno de ellos será, como es lógico, el período de enseñanza de la Medicina en las Escuelas respectivas; y el otro momento será durante toda la vida del médico, lo que da en llamarse, la etapa de "post-graduado".

El punto fundamental a considerar en lo que se refiere a la etapa de formación universitaria reside en la necesidad de actualizar los planes y programas de estudios a la luz de estas exigencias de carácter social que no pueden desoir los moldes tradicionales de la enseñanza médica. Referente a este propósito de actualización, existen ya opiniones seriamente fundamentadas. Por ejemplo, las actuaciones del Seminario de Formación Profesional realizado el año pasado en Santiago de Chile tras un proceso de preparación muy rico en provechosas sugerencias y que contó, como todo el Seminario, con la participación del Servicio Nacional de Salud, de la Universidad de Chile y del Colegio de Médicos. Con este motivo se han vertido valiosas opiniones. Una de ellas, del profesor Benjamín Viel, es la siguiente: "Si no olvidamos que pertenecemos a la sociedad que nos emplea y tratamos de servirle en forma correcta y honesta, tenemos que discutir y aclarar las formas de relación que ella crea para satisfacer sus necesidades médicas. En consecuencia, el entender la misión de nuestra profesión involucra la comprensión de la sociedad a que pertenecemos y la responsabilidad de educar a quien debemos atender" (67).

Y en el terreno de la Medicina de Niños, el Profesor Meneghello afirma: "La realidad política-económica de nuestra época ha impuesto a los actuales problemas de salud un concepto social del que antaño carecía, habiendo sido quizá la Pediatría la rama de la Medicina más notablemente influida por él, incluso en lo que se refiere en materia de enseñanza" (68).

(67) VIEL, B., *Folleto mimeografiado, Primer Seminario de Formación Profesional Médica*, Santiago de Chile, 1960.

(68) MENEGHELLO, J. y COLABORADORES, *La enseñanza pediátrica en Chile*, Anales Nestlé, N° 80, pág. 35.

La Universidad, por diversas razones, ha estado preocupada únicamente por proveer profesionales muy avezados en su menester específico, predominantemente influido por el mecanicismo y la físico-química sin mayor correlación con el medio ambiente social y cultural. Por lo menos en nuestros países latinoamericanos, la universitaria como etapa de educación del hombre, dejando de lado lo realizado en materia de preparación profesional, no ha cumplido función alguna.

Han sido acontecimientos de orden general, tales como las últimas guerras, la desproporción entre población y alimentos, la despoblación rural, el industrialismo, etc., que han movido a la Universidad y a las Escuelas de Medicina a dejar la torre de marfil de "la ciencia sólo por la ciencia" para tomar un contacto de carácter más social y humanístico, con la comunidad que le da origen y sustento.

Así es que en el terreno de la Medicina, se viene imponiendo la necesidad de interpretarla como una misión en la cual venimos descubriendo poco a poco diferentes aspectos o facetas: de la asistencia médica exclusivamente curativa se viene ganando mucho en comprensión y conocimiento respecto a otros aspectos: el preventivo y social, por ejemplo.

Y entremos ahora al terreno de la enseñanza de estos nuevos aspectos de la Medicina en las escuelas respectivas. El estudio realizado en las Escuelas de Medicina de Europa por los calificados profesores ingleses F. Grundy y J. M. MacIntosh⁽⁶⁹⁾ ha provisto opiniones muy interesantes. Por ejemplo (refiriéndose a la enseñanza de los aspectos sociales de la Medicina): "El concepto social ha sido aplicado en la enseñanza práctica sólo en unas pocas escuelas; en la mayoría ello es un poco más que un ideal". Estos mismos autores añaden: "La Medicina en gran cantidad de países está aún encasillada en la práctica al lado de la cama del enfermo, y los profesores de

⁽⁶⁹⁾ GRUNDY, F. y MACINTOSH, J. M., *Teaching of Hygiene and Public Health in Europe*, W. H. O., Ginebra, 1957.

Clínica son indiferentes u hostiles a ampliar el curriculum incorporando la medicina social y de la comunidad”.

Desde España nos llega esta opinión: “Los estudios universitarios de Medicina se hallan faltos de una nueva y mejor savia, no por incompetencia del profesor, sino de la forma y resultados de la enseñanza...”; ...“Médicos formados según costumbres de más de cuarenta años, con mucha vocación, no encuentran el encaje debido a su falta de adaptación” (70).

En Inglaterra se opina que el estudiante que después de sus primeros años de conocimientos fundamentales se orienta hacia la práctica general de la Medicina, debe ser preparado en los fundamentos sociales de la salud y enfermedad (71). Se ha pensado también que el contacto del alumno con los aspectos sociales de su profesión no debe demorarse en el transcurso de sus estudios, a fin de que otras disciplinas no les inculquen una manera de razonar poco vigente cuando de los aspectos sociales se trata. Así en la Escuela de Medicina de Rosario (Argentina) los temas de Antropología Cultural se enseñan en el curso premédico junto a Biología y Bioestadística, por ejemplo.

Otro aspecto muy importante en esto de preparar un médico acorde con las actuales exigencias de la salud, es el que se refiere a la facilitación de los estudios a quien tiene más posibilidades de ser un buen médico, de acuerdo a los cánones que hoy día se tienen como mejores. Se ha dicho que en materia de enseñanza médica el problema no es tanto del “cómo”, sino de “a quién” (72). No entraremos aquí en la discusión del apasionante problema de resolver la buena orientación profesional en materia de Medicina; problema digno de seguir siendo discutido y aclarado junto con los demás temas

(70) MUÑOZ SOLA, T., *Medicina Social Contemporánea y constructiva*, Gaceta Médica Española, año 34; pág. 150, diciembre 1960.

(71) SILVER, G., *The Y-plan again*, Lancet, N° 7171, pág. 271, febrero 4 de 1961.

(72) *Dimensión social de la Pediatría*, editorial, Pediatría, vol. 1, pág. 109, abril-julio, 1958.

correspondientes a ese Departamento de Pedagogía Universitaria que cada día habrá de merecer mayor atención y dedicación. Respecto, no al alumno sino al profesorado, también desde Chile se ha insistido en que debe adaptar su tarea a esta dimensión social de la Pediatría (73).

Si deseamos ahora agregar alguna referencia respecto al "dónde" debe enseñarse, recordaremos cómo el aula va perdiendo terreno como lugar natural de enseñanza. El mismo hospital ya no alcanza a satisfacer los enfoques sociales que se requieren. Tal como se señala desde la progresista Escuela de Medicina de Israel (74), "es en la comunidad donde debe enseñarse y aprender". Recuérdase que los hospitales deben ser interpretados como recursos valiosos y fundamentales sin duda, de los diversos que tiene una comunidad para proteger la salud.

Aquí debemos repetir algo que expresamos en el capítulo sobre "Organización y Desarrollo de la Comunidad": la necesidad que el estudiante de Medicina pueda disponer de un área experimental o de demostración donde se desarrolle tal "Organización y Desarrollo", participando de ella con los demás estudiantes universitarios de otras disciplinas.

Según una corriente pedagógica más útil resulta asignarle a cada alumno una familia determinada de la cual es "consejero de salud" o con función similar.

También con motivo de la enseñanza de estos aspectos sociales se ha discutido si los alumnos deben ser referidos o enviados de los departamentos de Clínica a un departamento especial de "Medicina Social". Se estima (75) que es más provechoso que personal docente especializado en los aspectos socia-

(73) MOSHE PRYVES, *Medical Education in Israel*, pág. 21, Mercaz Press, Jerusalem, 1961.

(74) CREWE, E. J., *Medicine and Social Science*, Arch. of Dis. of Childhood, pág. 303, agosto, 1955.

(75) DÍAZ, S. y COLABORADORES, *Segundo Informe de la Comisión Organizadora del Seminario de Formación Profesional*, Cuad. Méd. Sociales, Agosto, pág. 5, 1959.

les de la Medicina pase a colaborar, de modo integrado, con las actividades en esos departamentos de Clínica o especialidades.

Existe un aspecto de la formación médica durante su etapa universitaria que resulta hoy imprescindible, no sólo para que el futuro médico solucione adecuadamente los problemas que se le presentan, sino para que tenga condignas soluciones para problemas que se le presentan a él mismo. Me refiero a la palpante y actual cuestión de formar un médico para el ejercicio liberal de la profesión, y luego al comenzar a trabajar sólo tiene delante de él una Medicina institucionalizada que sólo le deja para el ejercicio liberal algún escaso mendrugo. Fácil es comprender el impacto que esto significa especialmente si lo que movió al estudiante (o a su padre) fue ejercer libremente una profesión para ganar en seguida mucho dinero y rango social. Habrá que, entonces, ejercitar al futuro galeno en los auténticos lugares donde se realiza la labor médica, a fin de que vaya armonizando sus aspiraciones con la realidad. Todos estos temas son susceptibles de ser solucionados, si, como es lógico, se los estudia con el interés y la técnica que se merecen. Así por ejemplo en Chile⁽⁷⁶⁾ se interesan por estudiar y solucionar adecuadamente el problema de un mejor ajuste del personal médico a la actual Medicina institucionalizada. También ayudará a una mejor enseñanza el estudio caracterológico de los alumnos. Nos permitimos citar los trabajos de Reissman y colaboradores⁽⁷⁷⁾ donde se señalan interesantísimas observaciones sobre la base de la caracterización de los alumnos de Medicina en tres tipos principales: el científico, el profesional y el humanitarista.

Pasemos ahora a lo que puede aconsejarse para perfeccionar el interés por los problemas médico-sociales en la *etapa de postgraduado*. Algo que puede indicarse es lo que estamos haciendo ahora: incluyendo en las reuniones y publicaciones médicas temas relacionados con los aspectos sociales de

(76) REISSMAN, L., *The Motivation and Socialization of Medical Students*, J. of Health and Human Behavior, vol. 1; 174, otoño, 1960.

la Medicina. Vale decir, según la misma rutina que se tiene ahora en materia clínica, o quirúrgica o de especialidades: buscar la bibliografía correspondiente y tenerla suficientemente ordenada para encontrarla cuando se la busque, organizar y participar de jornadas y Congresos relacionados con el tema, obtener becas para hacer estudios especializados en aquellos centros universitarios dedicados a tales aspectos sociales, invitar a investigadores sobre estos asuntos, crear premios y recompensas para los mejores trabajos sobre aspectos sociales de la Medicina, solicitar de la prensa médica la inclusión de estos temas, etc., etc.

En materia de investigación médico-social es de conveniencia que los médicos nos asociemos a sociólogos, trabajadores sociales, actuarios, economistas, abogados, educadores, antropólogos, etc., a fin de realizar trabajos en equipo. Ojalá en las próximas jornadas o Congresos veamos incluidos en su agenda algunos trabajos así realizados.

Además de estos campos de la medicina, existen otros donde el médico puede ganar en interés y comprensión de los aspectos sociales de su tarea. Uno de ellos es participar en las diversas manifestaciones gregarias de la comunidad en que se vive: la cooperativa escolar, toda obra mutualista, una sociedad vecinal, la gestión de una mejora edilicia, los diversos clubes (deportivos, recreativos, Rotary, Leones, etc.), etc., etc. Y otro lugar más específico del médico es el Colegio Médico o la Asociación Gremial: ¿Qué extemporáneo resulta oír a algún colega decir: "Yo no me meto en cuestiones gremiales"! Pero eso sí, cómo se molesta ese colega cuando el gobierno o "la patronal" no le aumenta el sueldo. ¿Es que acaso vamos a saber curar menos porque participemos del organismo representante de nuestra profesión que, tal como ha sucedido en todas las demás profesiones, habrá de defender nuestros derechos en la comunidad de la cual forma parte? Hay que terminar con algún trasnochado orgullo profesional que nos impide discutir nuestros derechos ante quien nos emplea; sobre todo

si después "sotto voce" hay quejas y lamentos, y no una postura estoica.

La conciencia social del médico, como vemos, se puede estimular y cultivar en diversas formas y lugares. Pero lo primero es convencernos que debemos abrir las puertas de nuestra concepción clásica a estas evidencias con que los tiempos presentes nos están abrumando más y más. Y no demoremos demasiado en despertar a esta realidad. En esta lucha de intereses, nuestra elevada misión de cuidar la salud se puede ver postergada y dificultada por el empuje de otros sectores de la sociedad basados en fuerzas y estructuras difíciles de modificar. El egoísta que se queda solo y no participa de grupos y de equipos, tiene poco que hacer en la Medicina de hoy. Hay que adaptarse a las nuevas corrientes.

Y estemos tranquilos los médicos: cuando uno siente de modo auténtico una desinteresada vocación y se tiene en la mano ese medio poderoso que es el criterio científico, no hay que tener miedo a los "ismos" para cumplir nuestra misión con el alcance social que ella tiene.

IV. CONCLUSIONES

1° Los aspectos sociales de la protección de la salud en general, y de la edad perinatal en particular, deben interesar al médico general y al pediatra, no considerándolos como conocimientos paramédicos, sino como factores presentes en los problemas de la tarea profesional consuetudinaria.

2° Los aspectos sociológicos de la protección de la salud humana en el período perinatal muestran, entre otras cosas, una evidente influencia de las clases sociales sobre la morbimortalidad que se presenta en tal período.

3° La cultura de la población influye decisivamente en las normas y actitudes con que se atiende la salud durante el embarazo, el parto y el período neonatal. Tal aspecto cultural condiciona de modo fundamental la educación para la salud.

4º Los aspectos económicos deben ser interpretados debidamente no sólo ante un caso particular de protección a la salud en el período perinatal, sino como factores cuyo desarrollo habrá de realizarse en estrecha interrelación con la protección de la salud de la comunidad.

5º La educación popular tiene significativa trascendencia sobre ese sector más vulnerable constituido por la maternidad y el recién nacido. Los médicos, en consecuencia, debemos ganar en condiciones tanto de educadores como de autodidactas y propugnar el perfeccionamiento del proceso educacional sin postergación alguna dentro del desarrollo integral de la colectividad.

6º La protección de la salud durante el período perinatal ofrece aspectos jurídicos que el médico debe saber interpretar cabalmente ya que ellos facilitan la más fácil ejecución de importantes medidas de protección a la grávida y en especial a la obrera y empleada, así como al recién nacido.

7º. La Asistencia y el Servicio Social constituyen la protección de la etapa perinatal, por lo cual los médicos tenemos que ganar en comprensión, conocimiento y coordinación en lo relativo a dicha Asistencia y Servicio.

8º. La Organización y Desarrollo de la Comunidad constituye un proceso de singular trascendencia social, con manifiesto beneficio para la salud en general y de la maternidad y el recién nacido en especial. Debe ser considerado en la actualidad como un sistema de trabajo social con suficiente filiación y con métodos característicos, con los cuales los médicos debemos familiarizarnos a fin de obtener no sólo beneficio para nuestros asistidos, sino también para nuestro propio criterio organizativo.

9º. La Seguridad Social debe ser considerada por la profesión médica como un medio de singular valor para la protección sanitaria, incluida, por supuesto, la de la edad perinatal, sobre la cual ya se han apreciado consecuencias muy favorables.

10°. Es necesario perfeccionar el enfoque social de los problemas de la salud ya en la faz de Enseñanza Médica, como en la de "post-graduado". Es menester actualizar los planes y programas de las Escuelas de Medicina teniendo en cuenta la interacción existente entre las cuestiones sociales y las relativas a la salud. Asimismo el profesorado, los elementos pedagógicos y los lugares de enseñanza deben adaptarse a tales aspectos de la Medicina integral que la población necesita.

11°. En la etapa de "post-graduado", vale decir a lo largo de toda nuestra vida activa, los médicos debemos aprovechar las diversas oportunidades que la comunidad nos ofrece, para incorporar los aspectos sociales del cuidado de la salud al acervo profesional. Se entenderán por tales oportunidades no sólo las estrictamente profesionales (información científica, reuniones médicas, viajes de estudio, etc.) sino las demás manifestaciones gregarias de la comunidad (participación en sociedades cooperadoras, clubes, mutualidades, etc.), entre las cuales los Colegios Médicos u otras organizaciones gremiales constituyen circunstancias arto propicias para el cultivo y desarrollo de una firme sensibilidad y conciencia social.

FRANCISCO J. MENCHACA

25 de Mayo 1815, Santa Fe

