

# Una Práctica de Medicina Social

*Sidney & Emily Kark*

---

LA MEDICINA SOCIAL puede ser considerada como una práctica de la medicina que se ocupa de la salud y de la enfermedad en relación con la vida grupal. Se interesa por la salud de la gente en relación a su comportamiento en grupos sociales y como tal se ocupa del cuidado del paciente individual como miembro de una familia y de otros grupos significativos en su vida diaria. También se ocupa de la salud de estos grupos como tales y de toda la comunidad como comunidad.

La preocupación por las necesidades de salud de comunidades más extensas y grupos territoriales tales como ciudades, regiones y naciones es también un área importante de la medicina social en la cual está involucrado el médico de salud pública. Algunos grupos especiales de interés han sido también el foco de atención de otros profesionales de la medicina social. Los escolares, los estudiantes universitario y los grupos ocupacionales están entre los más importantes de estos grupos para quienes se han desarrollados servicios especiales de salud orientados hacia sus necesidades específicas. Agrupaciones menos formales están ahora recibiendo una creciente atención por parte de aquellos ocupados en servicios de salud comunitarios, tales como la familia, en donde las relaciones entre los miembros tienen cualidades íntimas y perdurables. Otros significativos grupos informales, en los cuales la relaciones cara a cara son características, son grupos de amistad, grupos de juego de los niños y la comunidad barrial tanto en el pueblo rural como en el barrio urbano.

---

Reprinted from *A Practice of Social Medicine: A South African Team's Experiences in Different African Communities*, edited by Sidney L. Kark and Guy W. Steuart, pages 3-40, E & S Livingstone Ltd, Copyright 1962 with permission from Elsevier which retains copyright to this chapter. All endnotes are from the original article.

Estos grupos primarios son un área significativa de interés para la medicina social. El antiguo médico de pueblo podría bien ser considerado como un profesional de la medicina social, cuya principal área de práctica era dentro de estos grupos. Era, sin duda, su vínculo cercano con las familias de las comunidades entre las cuales ejercía su práctica médica, lo que le daba sentido al título de "médico de familia". Su actividad en relación con la familia y la salud comunitaria está basada en la experiencia de una vida en a comunidad, la familiaridad del contacto diario que le daba una comprensión de las necesidades de la gente. Como otros aspectos de su práctica médica que han avanzado en el campo científico, así también las áreas de la familia y de la comunidad han sido mas desarrolladas por los estudios en medicina social. La práctica en el Instituto de la Familia y Salud Comunitaria de Durban ha enfatizado estos aspectos mas personales de la práctica de la medicina social y pueden por lo tanto, ser considerados como un desarrollo moderno del médico comunitario y de familia.

Con un creciente interés por los hábitos de los pacientes, el estudio de sus sentimientos y creencias está convirtiéndose en una parte significativa del examen médico. Como elementos intrínsecos de la experiencia adquirida por cada persona, éstos, no sólo determinan su comportamiento general y por lo tanto tienen influencia sobre su salud, sino que más específicamente determinan qué hace para promover la salud, prevenir la enfermedad y qué acción toma cuando está enfermo. A quién buscará para cuidarlo cuando esté enfermo estará determinado tanto por su encuadre de conocimientos y su percepción del sentido y de la naturaleza de esa enfermedad en particular, como por la disponibilidad de diversos servicios. Cuando los médicos y sus pacientes pertenecen a

un mismo grupo cultural, la relación médico-paciente se basa en una comprensión recíproca del comportamiento esperado. La forma en que el paciente habla de su problema, la selección de las distintas confidencias divulgadas, el examen físico y las discusiones que se dan entre el paciente y el médico, son parte de esta relación personal, culturalmente condicionada. Quizás en ningún otro lugar se vuelve esto más patente que cuando un servicio médico desarrollado en una sociedad concreta, es introducido en comunidades de culturas diferentes. Las experiencias de este tipo fueron el rasgo más sobresaliente del Instituto de Familia y Salud Comunitaria.

### **Las comunidades**

El Instituto ha provisto una extensa experiencia práctica a diversos grupos sociales y culturales a través de sus centros de salud, establecidos en varias comunidades con el objeto de proveer la misma. Desde hace más de veinte años en la zona rural y zulú-parlante del distrito de Pholela, Natal, los principales centros fueron desarrollados luego en la ciudad de Durban y sus inmediaciones. Las comunidades atendidas por estos centros incluían africanos de varios grupos tribales, pero predominantemente zulú; la gente de “color” cuyos ancestros incluyen una remota y más reciente mezcla de europeos y otros grupos raciales del país; “europeos” blancos que son en su mayoría ingleses y afrikaan-parlantes descendientes de los pobladores europeos o de pobladores más recientes venidos de Europa; indios descendientes de inmigrantes de la India, mayoritariamente hindustanos que hablaban tamil, hindi o telegu, y una comunidad musulmana más pequeña.

Los vecindarios en los cuales vivían variaban considerablemente e incluían una comunidad blanca en su mayoría compuesta por ex-militares de la Segunda Guerra Mundial y sus familias, alojados en casas de buen nivel; planes de viviendas municipales, uno de los cuales alojaba a una recién urbanizada y rápidamente creciente comunidad africana; otro era un plan de viviendas económico para familias indias pobres; un tercero era un barrio separado de sólidas casas construidas

para las personas de color. Estos tres planes que proveían viviendas segregadas para cada uno de los grupos raciales, contrastaban notablemente con otras dos áreas en las cuales el Instituto había establecido sus servicios. Una era un viejo suburbio al sur de Durban, donde vivían familias de indios, personas de color y africanos en condiciones que variaban desde casas bien construidas hasta un gran número de chozas, y la otra estaba fuera de la periferia norte de la ciudad, donde los asentamientos eran en su mayoría no controlados y donde un gran número de africanos migrantes vivían junto a familias más asentadas de floricultores indios. Además de estas comunidades barriales, los servicios del Instituto abarcaban a obreros y obreras de varias fábricas en Durban.

Las diferencias de color, hecho del cual los sudafricanos son agudamente concientes, estaban asociadas con diferencias en lengua, religión y ritos, vida familiar y a menudo con diferencias de nivel educativo y económico. Además de estas, las diferencias más evidentes eran aquellas dentro de los mismos grupos de personas de color. Las comunidades rurales africanas de Pholela y las altamente industrializadas de Durban mostraban un contraste aún mayor que el que había entre un habitante de un barrio bajo y un africano bien alojado en la ciudad, y éste era de muchas maneras mayor que entre los varios grupos de personas de color. Otra influencia importante sobre el tipo de servicio prestado y el modo en el que la comunidad hacía uso de sus instalaciones, era el grado de integración comunitaria. Esto se evidenciaba en las diferencias entre una comunidad bien establecida con continuidad de vida familiar de tres o más generaciones en el barrio y las familias recién instaladas en un nuevo plan de viviendas. La primera, con su altamente desarrollada red de relaciones y sus modos de cooperación bien establecidos ofrecía un marcado contraste con la segunda, que intentaba trabajosamente convertirse en una comunidad.

### **Los centros barriales de salud**

Se crearon siete centros de salud para atender las necesidades de estas comunidades. Cada uno de estos centros era esencialmente un servicio

comunitario vecinal, que ofrecía sus instalaciones a las familias residentes en el barrio. El objetivo era estimular el interés de las familias y de la comunidad y educar para el mejoramiento de la salud, la prevención de las enfermedades y la búsqueda de cuidados adecuados para los enfermos. La única excepción a este acercamiento a la familia fue el del centro de salud industrial del Instituto, que instaló proyectos demostrativos en varias industrias.

Los servicios provistos por los centros de salud del Instituto variaban según las diferentes comunidades atendidas aunque eran semejantes en el encuadre conceptual básico. El alcance del servicio dependía en gran medida de las necesidades de cada comunidad en particular y la evaluación de las necesidades de salud de la comunidad incluía su propia percepción de las mismas. Distinguir entre las necesidades comunitarias de salud percibidas o no estaba por lo tanto asociado con la importante consideración del encuadre de conocimiento en el cual esta particular necesidad era percibida, y la acción tomada por los individuos, las familias o la comunidad para hacer frente al problema.

### **Salud Familiar y Atención Médica**

Los determinantes culturales de la salud y la manera en que los enfermos eran tratados se tornó evidente en la primera experiencia en Pholela, nuestro proyecto piloto de centro de salud. La importancia del cambio cultural y su variación en relación a la salud de individuos, familias y comunidades, fue una experiencia de realidad en la práctica diaria. La conciencia de su propio papel en el proceso de cambio cultural llevó al personal a considerar la necesidad de educación para la salud como un elemento importante del servicio que ellos proveían. De esta forma la relación continuada de médico y enfermera con las familias de su vecindario, un proceso de salud y educación que iba mucho más allá de un simple dar información, se convirtió en el elemento más significativo del tratamiento. Ayudar a los pacientes y a sus familias, comprender la relación entre varios aspectos de su situación de vida y su estado de salud, otorgaba el fundamento para un

deseable cambio de conducta.

Entre los rasgos más distintivos de la práctica del Instituto estaba el equipo formado por médico, enfermera y educador en salud, que proveía el servicio a hogares del vecindario. Los mismos médicos y enfermeras atendían a los miembros individuales de las familias en los momentos de salud y enfermedad combinando servicios de promoción, prevención y curación. La continuidad en el cuidado de las familias por este equipo generó relaciones personales entre estas y sus médicos y enfermeras, similares a aquellas que tenía el viejo médico de familia en el consultorio de su pueblo o vecindario.

El cuidado de la familia constituía el punto central de interés en la práctica de salud pública y medicina clínica del Instituto. El cuidado del paciente individual era el punto de partida habitual de esta atención a la familia, siendo sus objetivos, en primer lugar, el interés inmediato del mismo paciente, el estudio de la situación familiar del paciente era a menudo esencial para entender los procesos que determinaban su estado de salud y para la consideración de sus pronóstico y programa de cuidados. Este objetivo es común a todos los médicos en la práctica clínica, sea en el campo preventivo como curativo, tanto para médicos generalistas o especialistas.

El segundo objetivo en nuestra práctica del estudio de cada caso individual, fue considerar las posibles implicancias que tendrían los resultados para la salud de aquellos otros con quienes el paciente se relacionaba, especialmente su familia. Esto fue considerado como el primer paso del estudio de cada caso individual al estudio de la familia. El objetivo de este estudio de la familia era aclarar el patrón de salud de la misma como un grupo de miembros estrechamente relacionados. Nos referimos a este tipo de estudio con el término de “diagnóstico familiar” y llegamos a considerarlo como teniendo un potencial tan significativo para el cuidado de la familia como el diagnóstico clínico para el paciente individual y el estudio epidemiológico para el estudio de la comunidad. De hecho, el diagnóstico familiar tiene atributos importantes tanto para las técnicas de diagnóstico clínico como epidemiológico. La

información necesaria para un diagnóstico familiar, principalmente el examen de los miembros de la familia, su hogar y vecindario, se obtenía en general en el curso de la práctica del médico de familia, después de que este había tenido una responsabilidad continuada en el cuidado de sus pacientes. Asociada con este tipo de responsabilidad estaba la relación prolongada con las familias de sus pacientes y con los grupos en los cuales funcionaban estas familias y sus miembros. El enfoque del diagnóstico de un grupo tal como la familia, comprende el estudio de las implicaciones de las relaciones recíprocas de salud que los miembros tienen entre sí y el sentido de la salud en su experiencia compartida. Como tal el diagnóstico familiar tiene cualidades epidemiológicas. Teniendo cualidades tanto clínico-personales como epidemiológicas, el diagnóstico familiar puede considerarse como un aspecto especial de la clínica epidemiológica.

El tercer objetivo de los estudios de familia llevados a cabo en el Instituto fue evaluar el papel de la familia en la determinación de la salud en las comunidades a nuestro cuidado. El bien establecido rol de la familia en la transmisión de varias infecciones era naturalmente una importante área de investigación en comunidades en las cuales tanto infecciones agudas como tuberculosis y sífilis eran corrientes. El mismo abordaje fue usado en nuestras consideraciones acerca de la epidemiología de varios síndromes de desnutrición principalmente kwashiorkor, raquitismo y pelagra. A estos estudios les siguió un interés epidemiológico por la familia relacionada con la enfermedad crónica, incluyendo problemas de comportamiento en los niños, psiconeurosis y otros desórdenes mentales y en el desafío de los problemas de sobrepeso y crecimiento fetales e infantiles.

Cuando las familias al cuidado de una unidad de medicina familiar forman un barrio, las implicancias comunitarias del servicio se vuelven inmediatamente aparentes. La unidad se ocupa directamente de la salud comunitaria y el rol del médico de familia y del consejero comunitario de salud otorgan un fundamento único a la práctica de asociación de responsabilidades preventivas y

curativas.

Los aspectos educativos de la práctica no se limitaron a pacientes individuales ni a familias particulares en sus hogares. Mientras el médico y la enfermera se ocupaban directamente de la educación de pacientes individuales o de grupos particulares como mujeres embarazadas, madres y sus bebés, o grupos especiales de individuos enfermos, se encontró que la acción de las familias a menudo era mejor estimulada por un programa educativo que funcionaba a través de varios grupos dentro de la comunidad. El hecho de que la comunidad vecinal fuera la unidad de servicio permitió al Instituto desarrollar este abarcativo estilo de educación para la salud. Para hacer esto el mismo tuvo que entrenar a su personal y con el tiempo desarrolló como categoría profesional la del educador de salud comunitaria con entrenamiento especial. Este trabajaba con grupos funcionando dentro de la comunidad, desde grupos informales de familias y amigos del vecindario hasta las organizaciones comunitarias más formales tales como grupos de contribuyentes, juntas directivas o comités escolares. Sus principales funciones eran mejorar el conocimiento de la salud y estimular aquellos procesos de comunicación dentro de una comunidad que pudiesen conducir a la promoción de la salud.

El equipo de médico de familia, enfermera y educador de salud comunitaria suministraban los cimientos de un servicio que incluía el cuidado de los enfermos, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La única especialidad clínica que proveía directamente el Instituto era la odontología. La necesidad de otras especialidades fue satisfecha principalmente por el personal de otros hospitales en Durban y más tarde, cuando se creó la Escuela de Medicina, por los varios departamentos de la misma. Esto contribuyó significativamente a la calidad del cuidado que el Instituto pudo ofrecer.

El registro del progreso de las familias en cada unidad en particular y de la salud comunitaria en general fue un rasgo del servicio que el Instituto brindaba a sus propias secciones. Para este fin se entrenó a un grupo especial que llevaba los

registros y de esta manera fue posible medir el cambio en el estado de salud de las varias comunidades y evaluar los programas del Instituto.

### **Fundamentos para la acción**

Cualquiera sea el campo de la medicina, los criterios de práctica dependen, en gran parte, de la exactitud del diagnóstico del estado del paciente. Esto, junto con la evaluación cuidadosa de la mejoría, constituye el fundamento para la acción. En medicina social, este diagnóstico fundamental está dado por el estudio científico del estado de salud del grupo en consideración, con el objeto de relacionarlo con otras características del mismo y su hábitat.

La epidemiología está comenzando a significar en el estudio de los procesos que determinan la salud de un grupo lo que la patología y la fisiología han significado para el desarrollo del diagnóstico científico del paciente individual. Como tal, es la ciencia fundamental de la medicina social. El método epidemiológico es cada vez más frecuentemente requerido en el estudio de una definida enfermedad. Hasta hace relativamente pocos años, se empleaba principalmente para la investigación de enfermedades infecciosas la metodología desarrollada para estudiar la epidemiología de estas enfermedades, la que ahora se aplica al estudio de otros trastornos.

### **Presentación de casos: Patología Familiar en la Epidemiología del Kwashiorkor**

El estudio de aquellas familias bajo nuestro cuidado que tenían chicos con kwashiorkor, proveyó el punto de partida de una cantidad de investigaciones sobre la patología social de esta enfermedad. El kwashiorkor era el más común de los síndromes clínicos graves de desnutrición hallados entre los niños pequeños de las comunidades africanas que atendíamos. Después de varios años de permanencia del servicio, se notó una abrupta caída del número de casos en cada comunidad. Basados en encuestas especiales sobre sus hábitos alimenticios, los programas de educación cuidadosamente planificados, fueron dirigidos hacia el mejoramiento nutricional de acuerdo con la propuesta propia de cada

comunidad con respecto a la alimentación de infantes y niños. El cambio en los hábitos de alimentación fue sin duda el mayor factor asociado con la disminución de casos de kwashiorkor. Además, la mayoría de los casos que sí ocurrieron en el primer período respondieron bien al tratamiento domiciliario. Los resultados de este tratamiento fueron tan buenos y aún mejores, que los de los casos tratados en el hospital.

Sin embargo, a pesar de esta tendencia alentadora, el kwashiorkor siguió siendo un problema. La impresión clínica era que aunque los casos habían disminuido, una mayor proporción se había tornado difícil de manejar exitosamente en el hogar. La investigación posterior de estos casos “duros” indicaba que la situación de la vida familiar de muchos era un determinante importante en la presencia de esta enfermedad y los problemas de tratamiento.

Tres casos paradigmáticos de fracaso nutricional en niños ocurridos en nuestros consultorios de Durban ilustran la importancia de la deficiencias maternas de distinto tipo en la etiología y tratamiento de este fracaso. Uno de los casos es un niño indio y los otros dos son niños africanos. Los rasgos significativos que emergen pueden ser brevemente resumidos aquí:

**Caso 1.** R.B. una chica india, hindi parlante de 7 años que en la consulta tenía la siguiente historia: su madre murió cuando ella tenía alrededor de un año y su padre volvió a casarse tiempo después. Previo a su nuevo casamiento, la niña y su hermanastra 7 años mayor, vivían solas con su padre. La relación con su madrastra era muy mala. La violencia física y otras manifestaciones de rechazo eran notables.

A los 4 años fue ingresada al hospital como un caso de tuberculosis primaria. Estuvo un año internada en el hospital y luego fue derivada a un establecimiento para tuberculosos por un período de 9 meses. Al regresar a su hogar, a los 6 años, la mala relación con su madrastra empeoró por no poder o, posiblemente, por no querer hablar la lengua de la familia. El idioma del hospital y del establecimiento para tuberculosos era el inglés. Su madrastra informó que su comportamiento era

“malo”. También dijo que tenía períodos en los que ni ella ni ningún otro miembro de la familia podían sonsacarle una respuesta y que había desarrollado hábitos “sucios” teniendo poco o ningún control de esfínteres. Esta, se pensó, fue la causa del rash que presentó más tarde. Fue en ese momento que la vimos por primera vez y diagnosticamos un caso de deprivación materna asociada con perturbación emocional y kwashiorkor.

A partir de ese momento su historia en los 5 años siguientes incluyó un episodio de pelagra clásico y luego un período prolongado de perturbación emocional asociado a la malnutrición. A pesar de una mejoría considerable en su cuadro clínico asociada a una mejor relación dentro de la familia, su pronóstico para una vida adaptada fue malo.

Es interesante el hecho de que su hermanastra mayor, también deprivada de su madre en la infancia, estaba desnutrida y tenía una severa anemia microcítica hipocrómica (hemoglobina 2.2g%) a los 15 años. Cerca de los 18 años escapó de su casa y en 4 años no ha podido ser hallada.

**Caso 2.** T.S., una niña africana a quien se le diagnosticó kwashiorkor a los 2 ½ años. Era la quinta hija de esta familia. Solo uno de los 4 mayores ha sobrevivido. Los otros murieron a temprana edad.

La niña nació en un hospital de Durban, después de un embarazo difícil, con una hemorragia en el parto y toxemia; su peso al nacer era 4,590 kg. A los 7 meses pesaba 8,370 kg, fue destetada a los 8 meses y su ritmo de crecimiento declinó y a los 14 meses, después de un episodio de diarrea, pesaba solo 8,460 kg. Un año más tarde pesaba 11,700 kg pero a los 2 años había perdido 1,350 kg y era ya un caso de kwashiorkor.

Las muertes de los otros niños parecen estar relacionadas con la vida inestable de sus padres. En la mudanzas de una casa a otra del área rural a Durban y luego en Durban mismo, en distintas ocasiones un niño fue enviado a la casa de la familia materna y otro a la casa de la paterna.

Aunque los desplazamientos en sí son significativos y parecen estar relacionados con

problemas económicos y de vivienda en Durban, hay otros rasgos importantes. La madre tenía un carcinoma de la parótida derecha que fue diagnosticado en 1949, durante su segundo embarazo, había necesitado tratamiento hospitalario y rara vez estaba libre de dolor. A pesar de esto siguió trabajando, lavando y planchando, lo que la mantenía fuera de su casa varios días por semana. Aparentemente fue a lo largo de su vida de casada una mujer trabajadora.

El empleo continuo de la madre, lejos de su casa, a pesar de su grave y dolorosa enfermedad y de la previa pérdida de sus hijos, sugiere una posible falta de voluntad para aceptar el rol materno. Esto puede ser apoyado por la manera en la que mandó a sus hijos de corta edad a las casas de los abuelos.

En este aspecto surgió un rasgo interesante historia de vida. Su propia madre había muerto siendo ella muy pequeña y no tenía ningún recuerdo suyo. Después de la muerte de su madre había sido cuidada por una tía que vivió con ellos y luego por su madrastra de quien aún habla desfavorablemente.

Se sugiere que las circunstancias económicas y la enfermedad de la madre contribuyeron a la falta de un cuidado materno normal en esta familia. La propia deprivación de la madre en su primera infancia bien podría ser un factor a tomar en cuenta.

**Caso 3.** N.M., era una beba africana, atendida por primera vez en el servicio de Familia y Salud Comunitaria del Instituto cuando tenía 3 meses y estaba en peligro de desarrollar kwashiorkor.

Nació en Eshowe, Natal, una de dos mellizos. El otro niño era un varón. En estos casos no es raro que se separe a los mellizos permaneciendo uno con la madre. En este caso fue el varón quien se quedó con la madre en Eshowe y la niña fue llevada a los 3 meses por su abuela a Durban. Su vida allí había sido muy precaria. La abuela era la única mujer en la familia, compuesta por su marido y 4 hijos. Ella trabajaba y como empleada doméstica, vivía en la casa de sus empleadores, volviendo a la suya sólo los fines de semana. Al estar empleada de esta forma, encargaba a otras personas el cuidado de la beba, quien en su corta

vida había tenido varias madres sustitutas. Cada nuevo cambio correspondía a un retroceso en su mejoría, que se observaba claramente en su registro de peso. Ni bien empezaba a recuperarse de un episodio relacionado al cambio de cuidadora se producían nuevos cambios.

En una ocasión fue entregada a su madre en Eshowe, donde perdió peso y su abuela la trajo de nuevo a Durban diciendo que la madre ya no la quería. Hubo un período en Durban, estando al cuidado de la hermana de su abuela, en que la beba empezó a mejorar notablemente. Al saber que la tía abuela volvería a su casa en un futuro cercano tuvieron lugar francas conversaciones con la abuela acerca de la posibilidad de que dejara su trabajo y cumpliera con su rol de madre sustituta. Luego de mucho debate y mucha presión, ésta accedió. Su propia relación con la niña se desarrolló satisfactoriamente lo que fue evidente en el considerable progreso en el estado físico y emocional de la beba.

Los siguientes datos de la evolución del peso de la niña a lo largo del tiempo, dan una idea de su progreso.

1ª. consulta, 3 meses: 4,440 kg (cuando fue traída a Durban por primera vez)

6 meses: 6,420 kg } al cuidado  
9 meses: 7,950 kg } de vecinos

13 meses: 7,200 kg (al volver de su hogar en Eshowe)

15 meses: 7,890 kg

18 meses: 8,220 kg

19 meses: 9 kg (al cuidado de la tía abuela)

21 meses: 9,900 kg (al cuidado de la abuela)

Estos tres casos ilustran un problema muy extendido en Sudáfrica, relacionado a los aspectos emocionales y nutricionales de la salud.

El posible rol de la deprivación materna en la epidemiología del kwashiorkor en la primera infancia es particularmente significativo en África, donde el kwashiorkor se ha convertido en el síndrome más común de grave insuficiencia nutricional aguda. La primera descripción del síndrome en África fue un registro de Procter (1926) a raíz de casos en Kenya. En Sudáfrica Ross (1931) lo describió como un síndrome nuevo

en niños africanos del Ciskei. Ella consideró que el diagnóstico de escorbuto infantil describía satisfactoriamente sus casos. Sin embargo, su descripción e ilustraciones no dejan duda de que se trataba de casos de kwashiorkor. Williams (1933-1935) realizó la primera descripción clínica completa de la enfermedad en niños africanos tomada de su experiencia con casos en el Oeste de África. Al usar una palabra local para la enfermedad, ella fue la primera en emplear el término kwashiorkor. En los últimos 20 años una cantidad de trabajadores de la salud en varias partes de África se han dedicado al estudio patológico, clínico y epidemiológico de la enfermedad. Estudios recientes de Brock y Autret (1952), y Trowell, Davies y Dean (1954), incluyen varios rasgos de particular interés para nuestras siguientes consideraciones:

(a) *Retraso de crecimiento.* Aunque esto ocurre asociado con varias formas de malnutrición y desnutrición, es un rasgo permanente e importante en los casos de kwashiorkor. Nuestro propios estudios en el Instituto de la Familia y Salud Comunitaria en niños africanos de Durban y la zona rural de Pholela, y estudios hechos por otros en África, muestran las siguientes características:

- (i) Aunque el peso de nacimiento es menor al del promedio de bebés de clase media en Europa y los Estados Unidos, el aumento de peso durante los primeros 3-4 meses es mayor en comparación con estos niños.
- (ii) Luego, este período de aumento de peso disminuye y al año de vida, el peso de los niños africanos está muy por debajo de los estándares esperados en países como Gran Bretaña y Estados Unidos.
- (iii) Más tarde, durante la última etapa del amamantamiento y después del destete completo y el paso a otros alimentos, la desaceleración es aún más marcada que en la fase previa.

(b) *El destete.* Todos los trabajadores de la salud están de acuerdo en que, salvo raras excepciones, el síndrome de kwashiorkor ocurre

después de destetar al bebé. Discutiendo el tema de la enfermedad entre los Baganda que se atendían en las clínicas cerca de Kampala, Uganda, Wellbourne (1955) declara:

“Obwosi” es la palabra que en Luganda describe un estado de debilitamiento acompañado por el descoloramiento del pelo y de la piel, que ocurre en los bebés que han sido destetados demasiado pronto. Una causa habitual para el destete prematuro es un segundo embarazo; obwosi es considerado como una enfermedad del niño desplazado, el mayor se consume mientras el menor aumenta en fuerza y vitalidad. Los africanos creen que el niño menor es de alguna manera una especie de parásito espiritual para su hermano mayor.

La posible importancia del desplazamiento será tratada más adelante.

En los casos atendidos por el Instituto la incidencia de la edad era similar a los resultados obtenidos por otros. En la mayoría de los casos (más del 80%) ocurría en niños en su segundo y tercer año de vida, mientras que la incidencia en grupos de mayor edad decaía rápidamente después de los tres años. En una serie de casos tratados por el Hospital General de Johannesburgo, Gillman y Gillman (1951) informan que el 79% de estos ocurría entre las edades de uno y tres años.

La importancia de la presencia de kwashiorkor en estos períodos etarios se corresponde con la edad de destete completo asociado frecuentemente al desplazamiento del niño por un nuevo bebé. Es más común encontrar signos leves de kwashiorkor en el niño desplazado que el síndrome completamente desarrollado. Por lo tanto la atención puesta en el cuidado domiciliario del niño desplazado por médicos y enfermeras en el curso de su práctica profesional es no solo deseable, sino también una parte esencial del cuidado médico y de la educación para la salud, dirigida hacia una mejor nutrición infantil y la prevención del kwashiorkor.

Los estudios culturales antropológicos de varios grupos africanos hacen referencia a la libremente gratificante relación entre madre e hijo durante el amamantamiento temprano y su prolongación por períodos de dos o tres años y aún

más. Otra característica común a muchos grupos africanos es su actitud ante un futuro embarazo cuando el niño está siendo aún amamantado. No solamente se considera indeseable para la madre de un niño pequeño quedar embarazada, sino que en el caso de que esto ocurra, se corta el amamantamiento ni bien la madre se da cuenta de su estado. Luego de describir la relación de amamantamiento típica entre los Basuto, Ashton (1952) hace los siguientes comentarios importantes acerca del cambio de relación después del destete:

“Los vecinos preparan al niño para el destete riéndose de él cuando corre a su madre para mamar... El proceso (de destete) en general termina a través de acciones definidas especialmente si debe finalizar abruptamente debido a un embarazo prematuro, pudiendo la madre atarse un trapo alrededor de los pechos o frotárselos con tabaco amargo o colocarse jugo de áloe en los pezones. En otros casos, el niño puede ser llevado a la casa de sus abuelos hasta que se “olvida” de su madre.”

“Este acontecimiento cambia por completo la relación del niño con su madre y abre el camino al uso de la fuerza tanto como al de la razón. Se espera que ahora el niño sea lo suficientemente maduro para comprender las órdenes de sus padres y por lo tanto obedecerles y en consecuencia es tratado con mucha menos consideración y persuasión que antes... Cuando llora o molesta se le grita haciéndolo callar, es amenazado con una paliza o se lo deja solo; si tiene hambre debe esperar a que alguien tenga tiempo para alimentarlo.”

Krige (1936) relata el alejamiento del niño zulú de su madre en el momento del destete. “Tradicionalmente pareciera que el niño era trasladado al hogar de soltera de su madre, pero ahora la práctica común de destete es poner al niño al cuidado de su abuela paterna en cuya choza duerme lejos de su madre.

La costumbre de alejar al niño destetado de su madre para ubicarlo en el hogar original de esta, o en muchos casos transferir la responsabilidad de su cuidado de la madre a la abuela paterna, es de gran interés en nuestra observación sobre



deprivación materna. La separación del niño y la madre puede variar en cuanto a la duración, desde períodos cortos hasta prolongados, lo que determina un cambio en la figura materna en un momento en que el niño ha aprendido a identificar a su madre como una persona definida y ha establecido su primera relación íntima y básica con ella.”

Aún en los casos en que el niño no es separado de su madre, una relación distinta del tipo descrito por Ashton (1952), puede ser de considerable importancia clínica y merece, por lo tanto, una especial atención en la práctica médica.

Con el rápido proceso de urbanización de los hombres africanos, y ahora también de las mujeres, los lazos familiares se han aflojado considerablemente. La práctica tradicional de pasar la responsabilidad el cuidado del niño a otros, se ha incrementado y es ahora común ver a niños de muy corta edad viviendo lejos de sus

madres. La alta incidencia de uniones de hecho, algunas relativamente estables pero otras ocasionales, ha tenido como resultado el nacimiento de gran número de niños ilegítimos. Durante el ejercicio de nuestra práctica médica en la zona rural de Pholela, notamos que no eran raros los casos de mujeres jóvenes que trabajando en la ciudad tenían un hijo ilegítimo allí, al que después de un tiempo dejaban al cuidado de su madre para volver ellas a la ciudad.

El estudio hecho por uno de los médicos de familia en su propio consultorio entre unas 600 familias africanas que vivían en “Hilltops” Durban, indica la cantidad de niños que estaban viviendo una vida familiar anormal. Una muestra al azar de una de cada cuatro familias fue hecha por las enfermeras que trabajaban con él en el consultorio. Los resultados (Cuadro 1) indican el tipo de situación de vida familiar de 300 niños menores de 16 años en las 148 familias visitadas.

TABLA I

*La Situación Familiar de 300 Niños en una Muestra al Azar de Hogares en un Consultorio Barrial de Familias*

A. Porcentaje de niños viviendo con sus padres, otros parientes o con padres adoptivos

	No. de Niños	% del Total Niños
Viviendo con madre y padre	162	54.0
Viviendo con madre pero no con padre	94	31.3
Viviendo con padre pero no con madre	4	1.3
Viviendo con abuelos o bisabuelos	20	6.7
Viviendo con otros parientes	16	5.3
Viviendo con padres adoptivos	4	1.3

B. Más información sobre aquellos Niños que no vivían con ambos Padres

	Número Total	Niños viviendo con				
		Madre sola	Padre solo	Abuelos	Otros Parientes	Padres Adoptivos
Niños Ilegítimos	63	52	-	7	6	2
Madre Fallecida	11	-	3	4	4	-
Padre Fallecido	31	28	-	-	3	-
Padres separados por divorcio o abandono	7	6	1	-	-	-
Padre viviendo lejos por trabajo	8	8	-	-	-	-
Concurrencia a la escuela en "Hilltops"	9	-	-	7	2	-
Misceláneas y no especificadas	5	-	-	2	1	2
Total	138	94	4	20	16	4

De los 138 niños que no vivían con ambos padres, no menos de 58 tenían menos de 5 años.

Fueron determinadas las razones por las cuales los niños no vivían con ambos padres. Los resultados están indicados en el Cuadro 1.B.

Este análisis comprende solo los niños que residían en estos hogares en el momento del estudio. Excluye a aquellos cuyas madres viven en Hilltops pero que en ese momento vivían en otro lado. Muchos chicos viven por diferentes períodos de tiempo con parientes en las áreas rurales. Esto indica la necesidad de otro estudio sobre la frecuencia con que los niños son trasladados de una casa a otra y la posible relación de estos traslados con su estado clínico.

Otro rasgo importante que surgió en este estudio fue que había no menos de 44 niños (casi el 15% de la muestra) que no vivían con sus

madres. 10 de estos (3.3% del total) tenían menos de 5 años.

Las implicaciones de esta anormal vida familiar de la cual la deprivación materna es un elemento importante, abarcan desde la posibilidad más inmediata de falla nutricional hasta trastornos de conducta posteriores. (Bowlby, 1952).

La consecuencia para el manejo de casos será considerado en la medida en que afecte la atención médica en particular. La atención de la familia con raíces profundas en la historia europea, es el primer aspecto que nos viene a la mente. Desgraciadamente, el rol del médico de familia en la sociedad europea ha sido considerablemente limitado en un momento en el que los avances de nuestro conocimiento exigen que nos reorientemos hacia la familia como uno de los mayores determinantes de la salud individual, y por lo tanto

de la salud pública. Mas aún, la práctica médica de la familia tal como se conoce en Europa casi no se ha desarrollado en la sociedad africana.

Por lo tanto existe la necesidad del resurgimiento de la práctica familiar en aquellas comunidades en las cuales fue tan importante, y su extensión a aquellas que están siendo rápidamente introducidas a la medicina moderna. En este desarrollo, un requisito fundamental es el entrenamiento. La educación médica y de enfermería debe incluir una comprensión básica de sociología y psicología del nivel exigido en las ciencias biológicas, tal como la fisiología, para que la experiencia clínica en la medicina de familia sea plenamente valorada. La comprensión y el conocimiento de la situación de vida familiar en su relación con la salud de la familia son elementos integrales de la medicina social y son vitales para los hombres y mujeres que pueden convertirse en médicos o enfermeras de familia. No solamente es importante para aquellos que lleguen a ser médicos generalistas, sino también para aquellos que se especializan en otros campos de la práctica médica.

El rol del médico o de la enfermera de familia como consejeros de individuos, familias y comunidades, los ubica en una posición en la cual pueden desempeñar un rol importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades asociadas con la patología de la familia. Mas aún, el diagnóstico temprano de los problemas de salud que han sido mencionados en este artículo permite el tratamiento oportuno del problema clínico, incluyendo el cuidado de los factores etiológicos involucrados.

El predominio de la deprivación materna y de otras formas de vida familiar anormal en gran parte de los niños sudafricanos indica la necesidad de un amplio estudio de los problemas de salud resultantes de dichas situaciones.

Hay dos tipos de trastornos que deben ser investigados epidemiológicamente en forma inmediata. No tienen conexión aparente, pero son considerados aquí como teniendo algo en común en su patología social, y estos trastornos son la delincuencia infantil y el kwashiorkor. Las investigaciones epidemiológicas de los aspectos de

salud de estos principales problemas de la salud pública merecen ser detenidamente considerados por aquellos interesados en patrocinar proyectos de investigación médica en África.

La extensión del método epidemiológico de estudio de los procesos que determinan la presencia de estos trastornos requiere una considerable elaboración de nuestro conocimiento de los atributos sociales y culturales del huésped, y del elemento humano del medio ambiente. Hemos encontrado que el siguiente encuadre de pensamiento es útil para la formulación de hipótesis referidas al conjunto de procesos involucrados en la determinación de salud y enfermedad:

1. Procesos de transmisión e interacción social entre varios miembros del grupo estudiado (huésped).
  - (a) Transmisión del estado de salud: por transmisión biológica directa, por ejemplo transmisión genética e intrauterina; por transmisión de infección, incluyendo tanto la consideración de los modos de transmisión como las variaciones en la susceptibilidad e inmunidad.
  - (b) Interacción social. El grado y la calidad de interacción, observada y esperada, en la vida familiar y otras relaciones personales íntimas, así como relaciones secundarias de grupo menos íntimas.
2. La experiencia compartida de varios miembros del grupo incluye la consideración de:
  - (a) Procesos culturales, teniendo en cuenta particularmente el encuadre de conocimientos, creencias y costumbres de un grupo cultural en particular pertinente a la condición considerada;
  - (b) Atributos constitucionales comunes del grupo, tanto por relación genética como por otra relación importante;
  - (c) Exposición a un hábitat común incluyendo el hábitat del grupo humano y el medio ambiente físico y biológico.

Estas hipótesis fructíferas pudieron ser probadas a través de programas de acción. Estos

programas tenían previstos los recursos para la recolección de datos con el fin de realizar las mediciones y la evaluación de los cambios en el estado de salud de la comunidad.

### **Evaluación del Programa y de los Cambios**

La medición del cambio del estado de salud de una comunidad requiere la existencia de datos relevantes. La evaluación de cualquier cambio debe ser estudiada en relación a diferentes características de la comunidad y de su hábitat. Hubo alguna variación en la cantidad y tipo de datos disponibles para cada una de las comunidades atendidas por el Instituto, y finalmente fue necesario desarrollar un sistema para recolectar, registrar y analizar los materiales para nuestro objetivo. Esto incluía información sobre las siguientes características de la comunidad:

1. La salud de sus miembros
2. Datos demográficos
3. Características de conducta
4. El hábitat

Se le dio mucha importancia a la necesidad de definiciones claras de cada parámetro a evaluar y a la manera en que debía obtenerse la información.

#### *1. Información concerniente a la salud de la comunidad.*

Una característica de la atención familiar barrial era el desarrollo de un control periódico de la salud de los miembros de las familiar atendidas. Esto era relativamente amplio e incluía considerar los siguientes aspectos de su salud:

- Procesos específicos de enfermedad, usando la nomenclatura de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Encuestas y Causas de Muerte.
- Estado nutricional y físico, que incluía evaluación clínica del estado nutricional y registros de crecimiento y maduración.
- Adaptación social y salud mental, teniendo en cuenta que el comportamiento del individuo, la calidad de las relaciones intrafamiliares y la participación social, como también estudios especiales sobre el desarrollo del comportamiento e inteligencia.

Además del material de casos reunido en el transcurso de la práctica de rutina, se planificaron cada tanto encuestas especiales en las distintas comunidades. Además de los informes oficiales de enfermedades notificables y causas de muerte, que variaban considerablemente en las distintas comunidades, el Instituto se apoyaba en el trabajo de sus propios médicos y otro personal para obtener la información necesaria. Complementando los análisis de rutina de los informas clínicos y el material de las encuestas especiales se introdujo un sistema de notificación interno. Esto permitía no solo una acción mas inmediata sino también estudios epidemiológicos dirigidos, por ejemplo: disentería amebiana y bacilar, quemaduras, kwashiorkor y enfermedades crónicas.

#### *2. Datos demográficos*

Los estudios de la población de cada comunidad apuntaban a proveer información básica sobre su composición biológica y social. El material se obtenía a través de un estudio continuo de las familias. Cada equipo de atención familiar era responsable de recoger los datos necesarios concernientes a las distintas familias a su cargo y eran asistidos por el personal de la sección de registros médicos. Se diseñaron fichas especiales de registro con el fin de mantener información precisa y actualizada sobre cada comunidad de familias. Estos datos incluían:

A. *Composición familiar.* Esto incluía la siguiente información sobre cada miembro del hogar:

- Nombre, sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento.
- Raza, nacionalidad, tribu, religión.
- Estado civil y parentesco.
- Lengua materna.
- Tiempo de residencia en el área y residencia previa.
- Nivel de educación, incluyendo el último nivel obtenido, el cambio de niveles de los que aún cursaban estudios y el nombre de las escuelas u otras instituciones educativas a las que concurrían.

Registros ocupacionales referidos a los miembros de la familia con empleo, incluyendo tipo y lugar de trabajo, sueldos y cambios laborales.

B. *Notificaciones especiales.* Además de la notificación interna de ciertas enfermedades a las que ya nos hemos referido, el Instituto estableció su propio sistema de notificación de nacimientos, muertes y traslados de la gente. En algunas áreas el Instituto pudo contar con los registros de una agencia oficial para comparar los propios, pero en comunidades como las rurales de Pholela no era obligatorio el registro de nacimientos y muertes en la época en que se estableció el centro de salud. Aún en Durban, donde sí era requerido, los registros de la población africana recientemente establecida eran incompletos. Aquellos obtenidos por el Instituto en sus distintos Centros eran:

- (i) Nacidos vivos, nacidos muertos y abortos, el registro consignaba la dirección y el nombre de los padres, su relación marital (incluyendo datos sobre las uniones reconocidas en cada comunidad), cuidado prenatal (con mención específica de los resultados de los tests de Wasserman y Rh), lugar del parto y atención del mismo, nombre del bebé, sexo, peso al nacer e índice.

Un registro de mujeres embarazadas que se elaboró básicamente en conexión con el programa prenatal del Instituto resultó más tarde ser un control muy útil de la precisión de los registros de nacimiento, siendo luego incorporado a estos estudios demográficos.

- (ii) Los registros de defunción incluían nombre y dirección del occiso, sexo, fecha de nacimiento, lugar y causa de muerte, como fue determinada dicha causa, lugar probable y origen de la última enfermedad.
- (iii) Los movimientos de los miembros de las familias y otros, dentro y fuera del área indicando los lugares desde y hacia donde los individuos se habían trasladado. Estos registros incluían traslados temporarios, tales como aquellos de los hombres de los

hogares de Pholela que trabajaban en las ciudades.

### 3. *Información referida a características de comportamiento, creencias y prácticas habituales de la comunidad*

La mayoría de los estudios de este tipo se planificaron para proveer información necesaria para los programas de acción relacionados con problemas específicos de salud. Incluían el estudio de valores, actitudes y marcos de conocimiento tanto como sus prácticas. Como era de esperar, se llevaron a cabo una amplia variedad de estudios. Entre los más comunes estaban aquellos que se referían a enfermedades contagiosas y nutrición.

Los conceptos populares sobre la naturaleza de distintas enfermedades y los procesos nutricionales fueron estudiados en relación a sus prácticas sanitarias y hábitos alimenticios. El uso selectivo de servicios de salud era asimismo estudiado en asociación con el marco conceptual acerca de diferentes aspectos de la salud y tipos de enfermedad. Encuestas sobre prácticas de alimentación a bebés se asociaron con estudios hechos sobre actitudes frente al amamantamiento y el rol materno revelados en discusiones grupales.

### 4. *El hábitat*

La ubicación de una persona o familia en un barrio particular, el primer paso en el estudio de su entorno, está normalmente dado por el registro de la dirección. Las direcciones no estaban disponibles en varias comunidades y se requería el mapeo de las casas en distintas áreas antes de que se pudieran asignar las "Direcciones de Centro de Salud". En muchos lugares estas direcciones se convirtieron más tarde en el sistema postal de direcciones de la comunidad local.

Otros aspectos más inmediatos del entorno que fueron estudiados en mayor o menor grado en todas las comunidades fueron la vivienda, suministro de agua y maneras de eliminación de excretas y basura. Se obtuvieron datos meteorológicos para el Instituto suministrados por la estación meteorológica de Durban pero en Pholela fue necesario instalar un pequeño observatorio para medir el agua de lluvia, las

temperaturas y la humedad. Estas mediciones se llevaban a cabo periódicamente y después de varios años este centro se convirtió en la estación meteorológica oficial del área.

En cuanto a las características humanas del hábitat, fuimos cuidadosos en establecer una distinción clara entre el grupo estudiado y su hábitat humano. De esta manera cuando el grupo en sí mismo era una familia, se consideraba al vecindario como su hábitat humano inmediato. De igual modo la ciudad o la región rural eran considerados como el hábitat humano de una determinada comunidad barrial o aldea. Estábamos particularmente interesados en el estudio de la relación del grupo con su hábitat humano, y las similitudes y diferencias entre el grupo y su hábitat con respecto a la salud, la estructura social y los aspectos relevantes de su cultura.

La conservación y análisis de los registros era función de los técnicos de datos médicos, entrenados para este fin. Los registros demográficos se mantenían para toda la comunidad de familias independientemente del hecho de que fueran o no atendidos en las clínicas del Instituto. Por lo tanto los registros tenían una doble función: (1) Para revisar los índices de salud comunitaria; y (2) Para su uso en la atención diaria brindada por el médico de familia y su equipo.

A lo largo de los años el personal del Instituto desarrolló una enorme cantidad de conocimientos acerca de la comunidad debido a su contacto frecuente y a las relaciones cercanas establecidas con la gente que se atendía en el Instituto, con pacientes y familias en sus hogares y con grupos a través de numerosos trabajos grupales y actividades comunitarias.

Esta relación ayudó considerablemente el desarrollo de series de registros relativamente exactos permitiendo, por lo tanto, al Instituto medir y evaluar los cambios en el estado de salud de las comunidades que atendía.

### **Ejemplos de evaluación**

#### *1. Midiendo la Respuesta Selectiva de una Comunidad a un Programa de Salud*

Entre las mediciones más importantes de la salud de una comunidad están los índices de

morbilidad. Nuestros programas de acción estaban basados en el conocimiento de estos índices pero aprendimos en poco tiempo a través de nuestra experiencia en Pholela, que para llevar adelante un programa exitoso hacía falta más. La respuesta selectiva de una comunidad a los diversos aspectos de un programa quedó bien patente en esta experiencia.

Los frecuentes brotes de fiebre tifoidea en distintos puntos del distrito fueron uno de los problemas sanitarios rápidamente descubiertos al poco tiempo de iniciar las actividades del Centro de Salud. Nuestro papel de “bomberos” en estos brotes nos dio la oportunidad de estudiar otras enfermedades frecuentes asociadas con viviendas insalubres, como la gastroenteritis en bebés y la disentería.

La revisión de pacientes enfermos y los exámenes de rutina a las mujeres embarazadas, bebés y escolares, también aportó evidencias de otras infecciones, específicamente sífilis, tuberculosis e infecciones cutáneas tales como sarna e impétigo contagioso. Un rasgo notable de estas revisiones era la alta prevalencia de los signos clínicos de desnutrición.

A partir de estas impresiones clínicas iniciales, se planificaron encuestas sanitarias y dietarias. Una encuesta inicial en un área extensa con una población estimada en 10.000 individuos, dio solo un hogar con servicio específico de letrina. Un pastor religioso africano había construido una letrina para el uso de su familia.

La eliminación de la basura doméstica y animal era insalubre, en las inmediaciones de las casas y no había hogares que eliminaran sus desechos en pozos para abono, con el fin de obtener fertilizantes orgánicos. Los estudios dietarios indicaban serias deficiencias en el consumo de carne, leche y verduras. Aunque muchos hogares tenían huertas además de sus campos de cultivo, las cosechas habituales de estas huertas eran maíz, porotos, zapallos y papas. Pocos hogares cultivaban verduras y el repollo era la única variedad.

Se tomaron en cuenta los problemas de salud más urgentes para implementar programas dirigidos hacia los siguientes objetivos:

1. Mejorar el nivel sanitario de las casas: construyendo letrinas y convirtiendo en abono los desechos domésticos y animales.
2. Desarrollar las huertas usando el abono hecho en casa.

Se estableció una unidad modelo en el centro de salud. Se fabricó un modelo de letrina apropiado para el área con materiales locales; se pusieron en funcionamiento pequeños pozos de abono usando basura doméstica y animal; los miembros del equipo junto con pacientes y escolares del distrito desarrollaron una huerta.

Todos los pacientes que se atendían en el centro participaban en discusiones sobre estos temas en los cuales los médicos, las enfermeras y los educadores de salud también tomaban parte. Asimismo eran invitados a visitar la huerta de exhibición, los pozos de compost y la letrina, y se organizaron visitas especiales para los jefes y

ancianos tribales, maestros, escolares, familias y otros grupos.

Pronto quedó claro que había una marcada diferencia en la respuesta a los diferentes elementos del programa. Hubo un desarrollo considerable en cuanto a las huertas hogareñas, una respuesta algo menor en el programa de compost doméstico y casi ninguna respuesta al programa de provisión de letrinas.

Se llevaron a cabo estudios regulares del cultivo estacional de vegetales y los primeros programas apuntaban a incrementar la cantidad y tipo de vegetales cultivados en las estaciones lluviosas, dejando el problema más difícil del cultivo en la estación invernal seca. El considerable cambio que ocurrió se muestra en el siguiente cuadro comparativo entre las huertas domésticas de verano en un período de 3 años.

Tipos de Vegetales cultivados en las Huertas (excluyendo maíz, Porotos, Zapallos)	Porcentaje de Hogares en un Vecindario en el cual se cultivaban Tipos Particulares de Vegetales	
	Encuesta Inicial (113 hogares) %	Encuesta a los 3 años (139 hogares) %
Papas	61	85
Pimientos	12	21
Repollo	6	50
Tomates	6	43
Batatas	6	23
Arvejas	3	12
Cebollas	3	4
Zanahorias	2	25
Amadumbe ('Taro')	2	9
Remolachas	1	19
Echalotes	1	12
<i>Nuevas Variedades</i>		
Repollo Chino		38
Porotos de Soja		37
Espinaca de Nueva Zelanda		17
Nabos		17
Y otros 6 vegetales mas raramente cultivados		

Se extendió gradualmente a un mayor número de hogares la construcción de pozos de compost de poca profundidad en las cercanías de las casas y su uso para la eliminación de excreta doméstica y

animal. En el momento de la encuesta sobre huertas, 3 años después del comienzo del programa, 21% de los 139 hogares contaban con estos pozos funcionando. A pesar del trabajo

enérgico del equipo de salud, se progresó muy poco con la construcción de las letrinas en la comunidad. Un número limitado de hogares comenzó la construcción pero muy pocos completaron la tarea. Fue evidente que nuestra propuesta al respecto no era aceptable y estudiamos las razones con mayor detenimiento.

Los adultos y los niños orinaban en las cercanías inmediatas de sus chozas pero defecaban siempre, con excepción de infantes y niños menores, a una cierta distancia del hogar. Se preferían los arbustos, pero la ausencia de éstos en muchos lugares del distrito llevaba al uso frecuente de “dongas” (barrancos). Se consideraba satisfactorio cuando se encontraba un lugar protegido de la mirada pública. El pudor, y aún más el deseo de disimular la identidad, exigían esta protección.

Nuestro examen de la provisión de agua mostraba que estaba contaminada con excreta humana y estos distintos lugares de defecación eran la causa. La actitud de la gente con respecto a la eliminación de sus heces se muestra en las declaraciones que surgían en las discusiones dirigidas a promover la construcción de las letrinas. Citaremos algunas:

- (a) “Le comunicaré esto a mi marido, que va a rechazar la idea. Yo, personalmente, no puedo imaginar a una mujer usando el mismo lugar de defecación que su marido.”
- (b) “La gente no quiere defecar en el mismo lugar porque todavía creen que alguien puede embrujarlos a través de sus heces. A causa de esta creencia es difícil convencerlos de que construyan excusados.”
- (c) “Me gusta la idea, pero temo a mis vecinos. ¿Qué opinan ellos? Yo no puedo ser el primero.”
- (d) “Tal como usted lo explica, parece ser una cosa muy buena, siempre y cuando el médico no esté comenzando una campaña para aumentar los impuestos.”
- (e) “Aún no hemos oído de un médico que no quiera que la gente se enferme. Si nos mantenemos sanos ¿cómo va a ganarse la vida?”

- (f) “Este lugar se va a convertir en un asentamiento humano sucio donde las moscas van a tener un lugar para reproducirse, como ‘X’.” (‘X’ era un suburbio pobre no lejos de Pholela. En el momento en que se hizo esta declaración no había allí ninguna autoridad local de salud ni esfuerzos para implementar servicios sanitarios.)

Los miedos que la gente sentía hacia el gobierno, sus vecinos, la posibilidad de ser hechizados usando sus heces, y la sospecha sobre los motivos del “hombre blanco” en general, estaban claramente expuestos en las discusiones y argumentos contra la construcción y uso de letrinas. Las ideas arraigadas acerca del olor y la suciedad resultantes del uso extensivo de excusados y baldes provenían de desgraciadas experiencias en muchas ciudades. Sin embargo este tipo de argumento era usado principalmente por los más educados. El miedo al embrujo era más importante. Las heces, al ser parte tan íntima del individuo, eran consideradas como uno de los elementos habituales usados por la persona malintencionada en su esfuerzo por hacer daño al “enemigo”. Esto fue muy bien expresado por un hombre mayor en una reunión en la que se discutía el tema de la provisión de baños en el área. Aunque se oponía a la construcción tanto de letrinas de pozo como de balde, él sostuvo que apoyaría cualquier sistema que eliminara inmediatamente la excreta del lugar de defecación. Dio como ejemplo el sistema de agua corriente usado por los Blancos y sus sirvientes africanos. Ninguna persona malintencionada podía de esa manera individualizar las heces.

Aunque las excretas eran así consideradas como una causa potencial de enfermedad, no eran vistas de la misma manera que por nosotros. Es por esta razón que la existencia de letrinas no era habitual en la mayoría de los hogares. Y era por esta misma razón que las excretas humanas no se usaban como abono o fertilizante para huertas y campos. Era necesario que hubiera un gran cambio en las creencias para que se pudiera dar un real progreso en este sentido, a menos que pudiese ser desarrollado un sistema de agua corriente o algún



otro sistema de eliminación alternativo que resolviera los peligros inherentes a la disposición de las heces en la forma habitual.

## 2. Problemas Demográficos en la Evaluación de Cambios en el Estado de Salud de la Comunidad

La respuesta selectiva a los programas de acción era un rasgo de nuestro trabajo en todas nuestras comunidades. Su medición resulta un instrumento importante en la evaluación de programas y de cambios en la salud de la comunidad. La evidencia concreta de este cambio debe ser buscada tanto en índices tales como los de mortalidad y morbilidad, como en los cambios de las tendencias de crecimiento. La atención detallada dada al desarrollo y al mantenimiento de información sobre la salud y demográfica hizo que esto fuera posible para el Instituto.

Un problema interesante en la medición de los cambios en la salud de una comunidad fue presentado por varias de ellas en las que había un considerable movimiento de la población. Uno de estos era "Hilltops", un proyecto municipal de viviendas que se estaba expandiendo rápidamente para albergar a numerosas familias africanas antes de su traslado a 356 departamentos recién construidos en el área. Esto hizo aparecer los siguientes rasgos:

(a) *Movimiento interno.* Alrededor de 10% (36 de 356) de los departamentos estaban ocupados por familias que habían estado viviendo en otras casas de "Hilltops". Había dos razones principales para este movimiento. En primer lugar, una cantidad de familias se trasladaba desde casas de dos dormitorios a departamentos de tres dormitorios. En segundo lugar, cuando se supo que iban a estar disponibles nuevas casas, las familias se fueron a vivir con sus parientes o amigos en el plan de viviendas con la esperanza de que esto mejorara sus posibilidades de que les fuera asignada una nueva unidad, método de presión que en muchos casos fue exitoso. Once familias que vivían en otros planes de vivienda municipales también se trasladaron a los departamentos. Por lo tanto, en total, el 13,2% de las familias recientemente instaladas ya había tenido alguna experiencia en vivir en planes

municipales de vivienda. Al recordar que estos planes son el mejor tipo de vivienda para africanos en Durban, se aprecia su importancia para la salud.

Vivir bajo tales condiciones antes de mudarse a un nuevo hogar marcó a las familias con una diferencia que contrastaba con aquellas que provenían de los barrios bajos por un lado y de hogares rurales tribales por el otro. Los planes de vivienda municipales, al proveer un estándar sanitario relativamente alto, debían reducir la elevada incidencia de enfermedades propagadas por la mala eliminación de las excretas humanas y de desperdicios, así como por la polución del agua. De esta manera la alta prevalencia de gastroenteritis y disentería amebiana y bacilar entre los africanos de Durban debía reducirse gradualmente. Las familias que se mudan de un hogar en condiciones sanitarias adecuadas a otro son menos propensas a traer estas enfermedades a sus nuevas viviendas, que aquellas que provienen de las áreas rurales o de muy bajo nivel. Debe recordarse que la provisión de mejores viviendas, con un sistema sanitario satisfactorio y provisión de agua potable, no es en sí misma suficiente para reducir estas enfermedades. Este hecho importante fue evidenciado por los estudios del Instituto en "Hilltops" cuando se halló en las casas una considerable proporción de heces de los niños provenientes de las huertas. Al reconocer la necesidad de educar para el uso de las instalaciones sanitarias, los educadores para la salud pusieron mucho énfasis en este tema.

Otro rasgo importante de la vida en estos planes de vivienda es consecuencia de la selección de los adjudicatarios hecha por las autoridades municipales. El primer requisito era el matrimonio, por lo que todas las nuevas familias eran parejas casadas y sus hijos. Esto lo hace muy distinto a las condiciones existentes en los suburbios pobres, donde las relaciones entre los padres varían desde matrimonios o relaciones estables hasta un gran número de uniones casuales y vagamente definidas. El medio social en que viven estos hombres, mujeres y niños contrasta notablemente con el de los planes de viviendas. Muchos hijos ilegítimos de madres jóvenes nacen en "Hilltops", pero hay importantes diferencias

entre estos casos y aquellos referidos anteriormente. Muchas madres solteras en “Hilltops” vivían con sus padres y además se evidenció un restablecimiento de los valores tradicionales expresado por muchas madres preocupadas por el futuro de sus hijas. En los suburbios pobres un gran número de madres solteras eran mujeres maduras o chicas que habían abandonado sus hogares para arreglarse solas en la ciudad.

(b) *Los suburbios pobres.* La mayoría de las familias que se mudaron a los departamentos provenían de hogares poco satisfactorios. De las 292 familias adjudicadas a estos departamentos, cuyo lugar previo inmediato de residencia había sido en Durban, no menos de 245 venían de condiciones insatisfactorias. Muchos habían estado viviendo hacinados en chozas en los suburbios pobres. Estos hogares carecían de los mas elementales servicios sanitarios, la provisión de agua era insuficiente y las casas mismas eran a menudo tan precarias que apenas podían proteger de la intemperie. Las viviendas inadecuadas y las condiciones sórdidas de muchos de estos barrios los exponían tanto a enfermedades provenientes del hacinamiento y de la suciedad como a consecuencias sobre su salud emocional y social. La administración de salud pública, la atención médica y otros servicios sociales eran tan limitados que eran casi irrelevantes para los individuos sujetos a este modo de vida estresante.

La carga de enfermedades traídas por estas familias a “Hilltops” iba desde la tuberculosis, enfermedades venéreas, disentería amebiana, disentería bacilar y gastroenteritis, sarna e impétigo, alcoholismo, síndromes de desnutrición, problemas emocionales, distintos grados de aislamiento social y actitudes negativas hacia los vecinos y otra gente, que requerían la urgente atención del Instituto. Cuando se recuerda que el 68,8% de las nuevas familias habían vivido en mayor o menor grado en estas condiciones antes de mudarse a “Hilltops”, las demandas prioritarias de los servicios del Instituto se hicieron mas evidentes.

(c) *De las áreas rurales.* 18% (64 de 356) de las familias se mudaron a los departamentos desde

hogares en áreas rurales. En la mayoría de estos casos los hombres habían trabajado en Durban como trabajadores “migrantes”, es decir viviendo aquí mientras sus mujeres e hijos permanecían en la zona rural. Este grupo rural aportó una orientación hacia el modo de vida urbano diferente a la de aquellos que ya tenían experiencia de vida familiar en Durban. Su proceso de adaptación a la vida en “Hilltops”, aunque resultara un desafío semejante a el de los habitantes de los barrios pobres, era diferente. Su experiencia no era aquella de la vida sórdida en los suburbios pobres (slums), sino una experiencia de relación de tipo rural, caracterizada por las relaciones de parentesco de sangre y político, en las cuales la enfermedad y otros problemas eran interpretados como fracasos en las relaciones humanas, “síndromes de brujería” bien caracterizados, y como el incumplimiento de las obligaciones hacia los ancestros. Quizás se pueda apreciar mejor el cambio en las relaciones de vecindario, cuando se tiene en cuenta que un solo módulo de cuatro departamentos podía incluir familias de este tipo viviendo junto a familias sofisticadas de “Hilltops” y habitantes de los barrios bajos. El pronóstico a largo plazo puede ser bueno pero los efectos inmediatos son estresantes.

Al provenir de zonas rurales, las familias no estaban habituadas a una atención médica como la provista por el Instituto. Ciertamente su experiencia con la medicina moderna era a menudo extremadamente limitada. Los programas médicos, de enfermería y de educación para la salud del Instituto tuvieron que diferenciar entre los distintos grupos. Las diferentes experiencias de vida, y por lo tanto de actitudes hacia la salud y el uso de los servicios de salud y medicina, así como de los distintos problemas de salud y adaptación, deben ser temas sujetos a reflexión en el trabajo con casos y en la educación para la salud.

Otro rasgo demográfico de esta comunidad presentaba un problema algo diferente, pero que era de considerable importancia para medir la salud de la comunidad. Aunque pocas familias dejaban sus hogares, teníamos la impresión de que existía mucho movimiento de gente entre los hogares, muchos de los cuales hacían uso de las

instalaciones médicas del Instituto. Se estudió durante dos años una muestra al azar de hogares del sector más estable.

Durante este período de tiempo se visitó cada dos meses a cada uno de los 118 hogares (uno de casa 6 en el área estudiada) con el objeto de registrar a las personas presentes en su hogar al :

Duración de la Estadía	Número de Personas viviendo en 118 Hogares de Hilltops durante los 2 años del Período de Estudio	Porcentaje Total de Personas
Menos de 1 mes	115	9.6
1-3 meses	295	24.6
4-6 meses	168	14.0
7 meses – 1 año	110	9.2
Más de 1 año – 2 años	512	42.6
	1,200	100.0

Queda claro que se obtiene un cuadro real de la situación de “Hilltops” cuando se toma en cuenta que sus hogares están compuestos por una población móvil de composición sumamente variable a lo largo de distintos períodos de tiempo (como fue observado en un período tan corto como es el de 2 años). Cada hogar está formado por un núcleo de miembros, con un promedio de 4 o 5 personas, y un mayor número de personas que conviven con ellos en diferentes momentos y por períodos variables. Este dato es particularmente importante al considerar el grupo de pacientes tratados en el consultorio barrial de familia como incluidos en los estudios epidemiológicos. La necesidad de contar con datos comparativos de medición de la salud comunitaria de un año al otro, se resolvió estableciendo criterios diferentes para residentes y visitantes. A la luz de nuestros hallazgos demográficos se adoptó la siguiente convención:

- (1) Todos los individuos que habían vivido en Hilltops por un período de 1 año se consideraban residentes.
- (2) Las familias a quienes las autoridades municipales habían adjudicado las casas y ya vivían en ellas serían consideradas como

momento de la visita, como también a aquellos que habían estado allí en los períodos entre visita y visita. Los resultados indicaron que a lo largo de dos años, 1200 personas habían permanecido por períodos variables en estos hogares, un promedio de 11,7 personas por hogar. Las cifras a continuación indican los resultados relevantes

residentes a partir de la fecha de su mudanza.

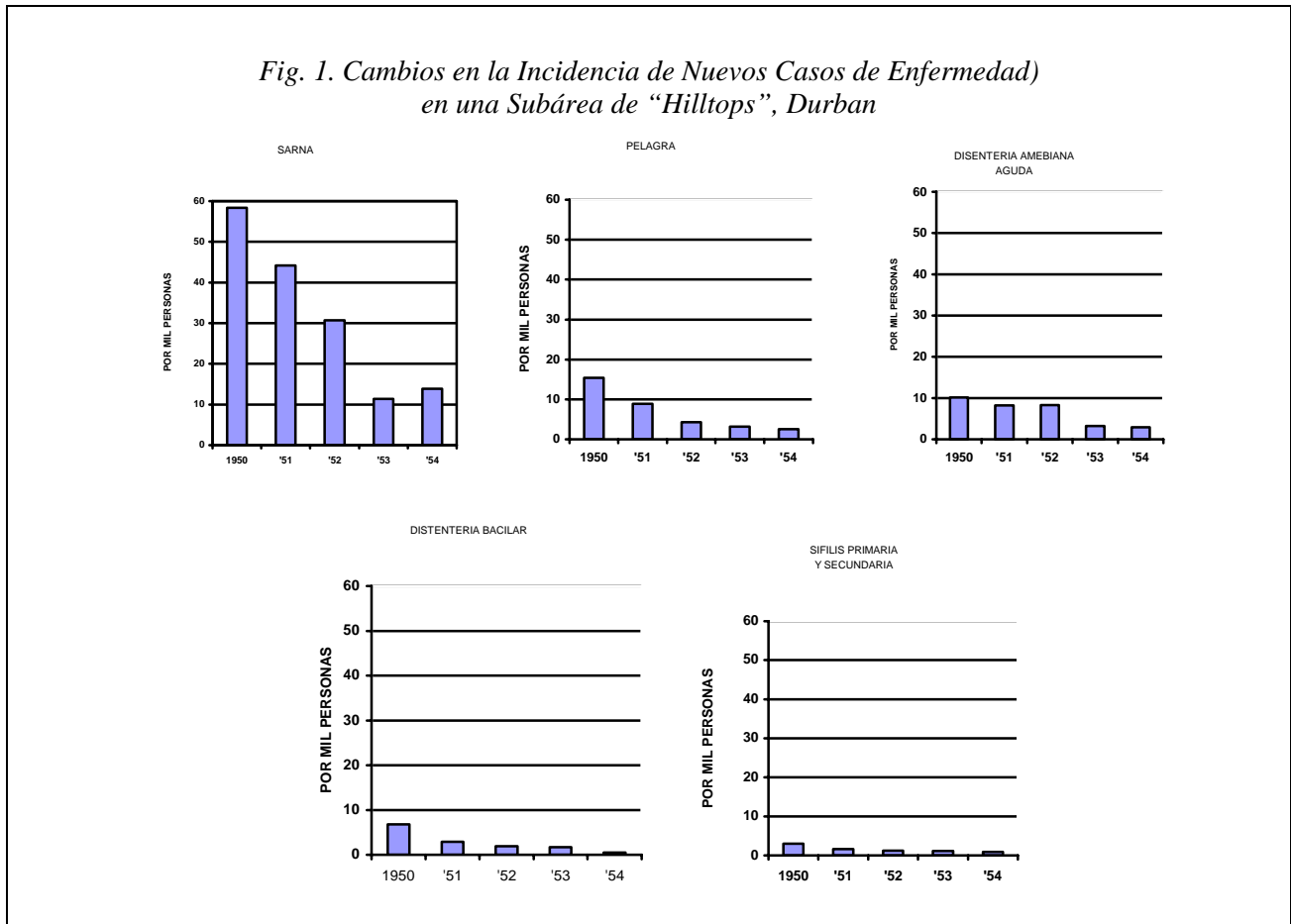
- (3) Con excepción de los bebés y otros casos tales como niños pequeños que habían venido a vivir con sus padres después de que estos se instalaran en Hilltops, las personas que vivían con las familias residentes por menos de un año serían consideradas visitantes para los registros demográficos de familia y comunidad del Instituto.

Usando estos criterios fue posible analizar los datos obteniendo información relativamente confiable sobre los cambios en el estado de salud. Estábamos particularmente interesados en uno de estos análisis que analizaba la incidencia de ciertas enfermedades y que podría ser usado como indicador de cambio en respuesta a varios programas sobre la higiene personal y los hábitos sanitarios y dietarios. Se mantuvieron registros de las mismas durante un período de más de cinco años. Durante este se midió la aparición de nuevos casos de estas enfermedades en una subárea definida, dentro de los hogares de “Hilltops”. Al comenzar el estudio la población de esta subárea era de 3974 personas. Luego de 5 años había aumentado a 5522 personas. La causa principal de

este aumento había sido la construcción de más viviendas en la zona. Muchas de estas casas nuevas pertenecían al área donde habíamos iniciado nuestro estudio y por lo tanto fueron incluidas en el análisis.

La Figura 1 ilustra la incidencia cambiante de sarna, pelagra, disentería amebiana y bacilar e infección sifilítica temprana. La declinación de

esta incidencia no está relacionada a una declinación en el uso de los servicios del Instituto, ya que nuestros datos indicaban que nuestra comunidad como tal, incluyendo esta subárea, había incrementado el uso de dichos servicios. Esta figura está basado sobre las cifras de la Tabla II.



*Tabla II: Cambios en la Incidencia de Nuevos Casos de Enfermedad (0/00) en una Subárea de "Hilltops", Durban*

Año de Estudio	Población de la Sub-Area	Sarna	Pelagra	Disentería Amebiana Aguda	Disentería Bacilar	Sífilis Primaria y Secundaria
1 <sup>o</sup>	3,974	58.4	15.4	10.1	6.8	3.0
2 <sup>o</sup>	4,485	44.2	8.9	8.2	2.9	1.6
3 <sup>o</sup>	4,688	30.7	4.3	8.3	1.9	1.2
4 <sup>o</sup>	4,754	11.4	3.2	3.2	1.7	1.1
5 <sup>o</sup>	5,522	13.9	2.5	2.9	0.5	0.9

## **Funciones Educativas**

A través de su historia, el Instituto tuvo importantes funciones educativas y, ciertamente fue fundado con el fin específico de entrenar personal para los numerosos centros de salud de la Unión de Sudáfrica. Esto se llevó a cabo fundamentalmente con un intensivo entrenamiento interno como extensión de la educación básica profesional de médicos y enfermeras. Sin embargo los educadores para la salud, dado que provenían de distintas ocupaciones, recibieron un entrenamiento basado en un curso de calificación básica que tuvo una duración final de tres años.

Desde 1955, sin embargo, el Instituto asumió un nuevo papel en la enseñanza en la Universidad de Natal a través de su asociación con el Departamento de Medicina Social, Preventiva y de Familia de la nueva Facultad de Medicina. Este desarrollo de sus funciones educativas se considerará más adelante.

## **Un Programa de Enseñanza Clínica en Medicina Social**

Este es un informe del proyecto de enseñanza médica iniciado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Natal. Aunque la estructura curricular general es similar a la de otras escuelas de medicina de Sudáfrica, esta posee rasgos distintivos que son importantes para nuestra actual revisión. El curriculum se extiende por un período de 7 años seguido por un residencia de 1 año requerida por el Consejo Médico y Odontológico de Sudáfrica. La extensión del curso permitía ampliar la formación fundamental ofrecida a los estudiantes. Mientras otras universidades exigían un año de estudio antes del ingreso a la escuela de medicina, en esta los cursos de ingreso se prolongaban por 2 años. De esta manera, se incluyeron Sociología, Historia, e Inglés como materias obligatorias además de la requeridas por el Consejo, básicamente Botánica, Química, Física y Zoología.

El curso continúa sobre esta base por dos años más antes de desarrollar plenamente los estudios clínicos. El curriculum incluye además de Anatomía, Fisiología y Patología, un curso de Psicología más extenso que lo habitual en este

país. Se la enseña como una ciencia básica, importante para la práctica de la Medicina en su conjunto, y es de considerable importancia para el proyecto tratado aquí.

Una diferencia importante entre esta escuela y las otras surge del desarrollo de la atención familiar y comunitaria como un área esencial para la experiencia clínica de los estudiantes durante los años de estudios clínicos. Esto se llevaba a cabo bajo la forma de la administración de un consultorio de medicina familiar (clerkship) extendiéndose a lo largo de los 3 años de estudios clínicos. Este informe se ocupa de este aspecto particular del curriculum. El Departamento de Medicina Social, Preventiva y de Familia era responsable del curso que estaba estructurado de manera de hacer posible el tipo de enseñanza clínica prevista.

*El Departamento Universitario y su Laboratorio Comunitario.* La creación del departamento fue posible gracias al patrocinio de la Fundación Rockefeller. El departamento tenía responsabilidades clínicas y de servicio en las comunidades atendidas por el Instituto de Familia y Salud Comunitaria. Este Instituto con sus servicios a la comunidad proveía la base práctica y clínica para el departamento de la misma forma que lo hacen las unidades hospitalarias en hospitales escuela para las escuelas de medicina.

La Administración Provincial de Natal, autoridad hospitalaria de la Provincia de Natal, era responsable del Instituto de la Familia y la Salud Comunitaria, así como del Hospital King Edward VIII, que es el hospital escuela de la escuela de medicina. Un arreglo especial entre la Administración Provincial y la Universidad aseguraba el funcionamiento coordinado entre el departamento y el Instituto a través de la creación de numerosos cargos asociados. De esta manera el cargo de profesor y de jefe de departamento estaba asociado al de jefe del Instituto. De igual modo, varios grados académicos, incluyendo profesores y tutores, estaban asociados con cargos en el Instituto designados como “médico de familia”. Así el departamento tenía varios médicos de familia full-time y muchos part-time a cargo de la experiencia de los estudiantes en medicina de

familia. Cuando las familias de un consultorio formaban una comunidad barrial, tal como ocurría con los consultorios del Instituto, se les ofrecía a los estudiantes la oportunidad de incluir en su experiencia de medicina de familia la evaluación de la salud comunitaria. Los estudios clínicos más inmediatos de los médicos de familia estaban de esta manera asociados a los estudios de salud comunitaria, donde los principales docentes eran los mismos médicos de familia. Otros cargos asociados de la Universidad y del Instituto respondían a estas necesidades. Además de un profesor *senior* ocupado principalmente en epidemiología y evaluación de salud comunitaria, había también cargos asociados para conferencistas de educación para la salud y para educadores en salud del Instituto de la Familia y Salud Comunitaria. De este modo el organizador de la División de Educación para la Salud del Instituto era también el profesor *senior* de educación para la salud del departamento.

*La organización de la experiencia de los estudiantes.* La experiencia de los estudiantes se graduaba de modo de utilizar tanto las habilidades adquiridas en sus otros estudios clínicos como las correspondientes a medicina social. Este trabajo administrativo en medicina social que incluía estudios clínicos y otros ejercicios prácticos, estaba reforzado por conferencias y seminarios con debate, que tenían lugar dos horas por semana a lo largo del curso de 3 años.

Para dar a los estudiantes un trabajo administrativo con sentido en la atención a la familia y a la comunidad, apuntamos a proveer para la experiencia los siguientes elementos:

- (a) Una relación continuada con los pacientes individuales y con su grupo de pertenencia, especialmente sus familias.
- (b) El estudio de distintos casos problema, poniendo particular énfasis en los más comunes, vistos a diario en los consultorios de una comunidad.
- (c) Diagnóstico del estado de salud de un grupo, especialmente el diagnóstico familiar y la evaluación de la salud de la comunidad.

- (d) El estudio de las funciones curativas, preventivas y de promoción del médico de la comunidad en su consultorio de familia, con participación en el cuidado de individuos sanos y enfermos y en programas de familia y otros grupos.
- (e) Reconocimiento de los recursos disponibles para la promoción de la salud y la atención médica dentro de la familia y la comunidad, así como en las numerosas dependencias gubernamentales.

Para lograr estos objetivos el trabajo administrativo requería que los estudiantes asistieran al Instituto de la Familia y Salud Comunitaria de la siguiente manera:

1. Una sesión de 4 horas por semana durante cada uno de los tres últimos años de la carrera. Esto se agregaba a las conferencias y seminarios ya mencionados.
2. La Facultad proveía de una residencia de 4 semanas durante el último año de estudio. No estaba totalmente implementado pero se hizo un arreglo temporario para que los estudiantes asistieran al Instituto diariamente durante dos semanas.

El trabajo administrativo comprendía consultorio de familias y salud comunitaria, estudios en los cuales se relacionaban los aspectos de la atención individual, familiar y comunitaria. La práctica clínica incluía por lo menos un estudio de familia a “largo plazo” así como varios casos adjudicados a “corto plazo” que proveían una experiencia amplia en los consultorios barriales de familia. Las implicaciones comunitarias de estos estudios individuales y de familia constituían un puente hacia estudios mas definidos de salud comunitaria.

*Los Estudios Clínicos en los Consultorios de Familia.* La asignación de un estudiante como estudiante-médico a una familia durante la mayor parte de sus 3 últimos años de estudios clínicos, permitía la experiencia de una relación continuada con los pacientes y sus grupos de pertenencia. La importancia de la relación médico-paciente surgía tanto de este contacto continuo con los individuos de la familia, como del papel del médico en sus

relaciones con la familia como grupo. Se brindó una cuidadosa atención a las familias adecuadas así como a la adaptación de los estudiantes al principio de su práctica médica, y esto proveyó las relaciones fundamentales necesarias para que el estudio a largo plazo de la familia fuera una experiencia de aprendizaje satisfactoria.

La primera presentación del estudiante a una familia era a través del cuidado de un paciente individual. Se daba un turno a algún miembro de la familia para que asistiera al Instituto y allí conociera al estudiante-médico de la familia. Esta primer consulta era seguida por otras en las cuales el estudiante entrevistaba y revisaba a varios miembros de la familia. Esto se hacía a través de un turno especial o, si algún miembro de la familia estaba enfermo, el tutor clínico y el estudiante lo visitaban juntos. Durante este período que sentaba las bases para el estudio clínico de la familia, el objetivo pedagógico eran los fines y métodos de la entrevista. Este período coincidía con las primeras experiencias del estudiante en su trabajo en los pabellones. Sobre esta base podíamos mas adelante extender su examen físico hasta incluir una evaluación de crecimiento y estado general, así como del estado nutricional. La entrevista y el examen físico se llevaban a cabo junto con observaciones del hogar y del vecindario, que preferíamos tuvieran lugar después de que los estudiantes habían tenido varios contactos con sus familias. Así no solo eran las visitas mas aceptables para las familias involucradas, sino que además el hecho de que el estudio fuera de importancia personal para los pacientes lo hacía mas relevante para los estudiantes interesados.

Como complemento para sus estudios de familia a largo plazo, los estudiantes participaban de numerosos estudios de corto plazo, a través de los cuales tenían uno o mas contactos con miembros de la familia. Esto proporcionaba la oportunidad de estudiar una gran variedad de problemas de salud familiar que eran frecuentes en los consultorios de familia del Instituto. El significado epidemiológico de la familia se consideraba en relación al estado particular del paciente, tanto si era una enfermedad larga como la tuberculosis, el problema de conducta de un

niño, una discapacidad física o una enfermedad más aguda como la desnutrición grave, el colapso histérico o una de las enfermedades infecciosas de la infancia. Además de observar las condiciones habitacionales, los estudiantes eran guiados en su evaluación del conocimiento familiar referente a estas condiciones, y relacionarlo con sus hábitos de vida, de las medidas que estaban tomando para prevenir la propagación, su cuidado del enfermo y el uso de los servicios médicos para este fin. Estas investigaciones se usaban para ilustrar la necesidad de estudiar cuidadosamente la familia como base para una atención satisfactoria de los pacientes individuales.

Aunque el estudio de la situación de vida del paciente es necesario en todos los estudios clínicos, el trabajo administrativo en todos los consultorios de familia exigía que los estudiantes conocieran mejor la situación familiar del mismo y desarrollaran su apreciación del componente social del estado de salud de un paciente junto la del estado físico y mental. Mas allá de estas consideraciones sobre el sentido del diagnóstico y de los resultados para la familia del paciente, esta apreciación fue considerada como la base para una práctica médica específicamente preocupada por la salud familiar.

El significado epidemiológico de estos resultados en un paciente en particular eran estudiados tanto en la familia como entre otros grupos de la comunidad con quienes se relacionaba el paciente o su familia. Al detenido examen del estudiante sobre las implicaciones de los resultados obtenidos respecto a las salud de otros miembros de la familia del paciente, le seguía la extensión del caso de estudio del paciente individual a la familia. De esta manera al verificar sus impresiones, el estudiante procedía a establecer un diagnóstico familiar en el que quedaba descrito un patrón de salud de familia.

*Estudios sobre la Salud de la Comunidad en los Consultorios de Familia.* Dentro del contexto de una relación creciente con las familias estudiadas, el estudiante tenía oportunidad de considerar la importancia del consultorio de familia para la atención del individuo, la familia y la comunidad. El correlato de la salud intrafamiliar

aparecía al relacionarlo con su significado en la comunidad y se tornaba evidente la necesidad de estudiar la interdependencia de la salud familiar y comunitaria.

La participación de los miembros de la familia en las actividades de grupo barriales o comunitarias proveía información fundamental sobre su salud social. Los más importantes eran los grupos informales relativamente íntimos y continuados de contacto "cara a cara". El aislamiento relativo de un individuo o familia de estos grupos primarios era estudiado como un estado de salud social con su importancia para la salud emocional y física. Asimismo eran estudiadas las implicaciones epidemiológicas y educacionales de la participación en dichos grupos primarios.

Además de los estudios sobre la salud de la familia y de los grupos primarios comunitarios, los estudiantes tenían experiencia práctica en otros ejercicios epidemiológicos y en el uso e interpretación de índices de salud de la comunidad. Sus estudios clínicos epidemiológicos abarcaban una serie de ejercicios prácticos que determinaban la incidencia y prevalencia de varios trastornos e índices de mortalidad de las comunidades donde tenían sus consultorios de familia. Las cifras estudiadas incluían aquellas de los registros propios del Instituto para estas comunidades. Los estudiantes comentaban los hechos presentados, analizaban el material y hacían comparaciones con la experiencia de otras comunidades de Sudáfrica y otros países.

La evaluación de la salud comunitaria estaba relacionada con la acción que debía fluir de dicha evaluación y ser seguida de ejercicios para la educación de la salud comunitaria. Con este objetivo no se utilizó un procedimiento fijo. El objetivo en cada caso era que los estudiantes pudieran desarrollar un programa con el fin de hacer frente a un problema comunitario bien definido. Uno de estos problemas era la gastroenteritis infantil. Los estudiantes, entonces, postulaban los determinantes ambientales y de comportamiento de esta enfermedad. Luego se definían los objetivos de educación para la salud y los métodos para evaluar sus resultados y sus

propuestas eran entonces comparadas con el programa real diseñado por la Sección de Educación para la Salud del Instituto. Finalmente, los estudiantes proyectaban la forma en que el programa debía llevarse a cabo, los grupos que debían estar incluidos y los métodos a usarse y luego comparaban esto con lo que se había hecho en circunstancias similares. Cuando era posible, participaban u observaban algunas partes del proyecto. El ejercicio en particular concluía con el estudio del programa y su evaluación a través del análisis de las cifras indicativas de un cambio de conducta. Este tipo de experiencia de diseñar y analizar los proyectos de educación para la salud comunitaria, estaba estrechamente ligado a los estudios epidemiológicos en los cuales el cambio mensurable del estado de salud del estado de salud de las comunidades estaba relacionado con el cambio social y cultural.

De estas diversas maneras los estudiantes tomaban conciencia de la importancia de asociar las acciones de la gente con el porqué de las mismas. Sus estudios básicos sobre el rol de la familia y del grupo primario informal en la determinación de la salud, se ampliaban a una consideración mayor sobre el significado de la cultura en la salud comunitaria y de las maneras en que es posible iniciar modificaciones de las conductas dentro de la comunidad. Los consejos a los pacientes, las guías para las familias y la educación de la comunidad a través de distintos grupos y organizaciones fueron considerados como aspectos complementarios de una educación para la salud en la cual el médico de la comunidad puede hacer una importante contribución. La visión que esto aporta a la comprensión del comportamiento de la gente y luego a una apreciación de los determinantes culturales de la salud y la enfermedad, ha sido sumamente satisfactoria.

#### **Referencias**

- ASHTON, H. (1952). *The Basuto*. London: Oxford University Press.
- BOWLBY, J. (1952). *Maternal Care and Mental Health*. Wld. Hlth. Org. Monogr. Serie Geneva: World Health Organization.



BROCK, J. F., & AUTRET, M. (1952). Kwashiorkor in Africa. Geneva:World Health Organization.

GILLMAN, J., & GILLMAN, T. (1951). Perspectives in Human Malnutrition. New York: Grune and Stratton.

KRIGE, E. J. (1936). The Social System of the Zulus, p. 73. London:Longmans.

PROCTER, R. A. W. (1926). Kenya Med. J. 3,284.

ROSS, S. (1931). J. Med. Ass. S. Afr. 5, 596.

TROWELL, H. c., DAVIES, J. N. P., & DEAN, R. F. A. (1954). Kwashiorkor.London: Arnold.

WELBOURNE, E. M. (1955). J. Trop. Pediat. 1, 34.

WILLIAMS, C. D. (1933). Arch. Dis. Childh. 8,423.

WILLIAMS, C. D. (1935). Lancet, 2, 1151.

