

MEDICINA SIN DOCTORES



ISBN: 0-88936-087-1

UDC: 614.2

© 1976 International Development Research Centre

Dirección Postal: Box 8500, Ottawa, Canada K1G 3H9

Sede: 60 Queen Street, Ottawa

Edición Microficha \$1.00 dólar canadiense

CIID - Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
Oficina Regional para América Latina y el Caribe,
Apartado Aéreo 53016. Bogotá, Colombia

IDRC-043s

MEDICINA SIN DOCTORES

(Doctors and Healers)

ALEXANDER DOROZYNSKI

Alexander Dorozynski es autor de varios libros y numerosos artículos sobre temas de carácter médico y científico en particular. Fue fundador y más tarde editor de *Medecine Mondiale*, revista noticiosa europea para médicos. Las opiniones expresadas en este libro son las suyas y no representan necesariamente las del CIID.

PREFACIO

Cada país, al menos en sus declaraciones públicas, ha decidido otorgar alta prioridad al cuidado de la salud de todas sus gentes. Muy pocos lo han logrado. Existen razones para explicar este fracaso, entre ellas la falta de una acción política y presupuestal adecuada, y mas importante aún, la falta de compromiso con el cambio de las estructuras sociales y políticas básicas para mejorar la salud y el bienestar de todos los grupos sociales. Otra razón fundamental es el sistema de salud que se toma por modelo. Los países en desarrollo, en su afán por "alcanzar" a los países ricos, han emulado los modelos de la moderna medicina —capacitación de médicos profesionales, altos niveles de especialización técnica, hospitales costosos, medicina curativa. Pero, es este el modelo correcto? Pueden todos los países costearlo? Y, aún si pudieran, sería esta la forma mas efectiva y menos traumática de prestar cuidados de salud? Y, cuál es la pérdida para la sociedad en cuanto a sus recursos tradicionales de salud?

Obviamente, se requieren sistemas innovadores que aseguren servicios básicos de salud para cada individuo y a un costo que todos puedan sufragar. Hacen falta nuevos tipos de trabajadores de salud y en gran número. Pero por encima de todo, hay que trasladar la responsabilidad de la salud individual de las manos del trabajador profesional a las del individuo mismo. Cada uno de nosotros es, al final de cuentas, responsable por su propia salud. Y si el "sistema" no se amolda a este fin, el resultado será la dependencia de la alta tecnología y del especialista altamente calificado, lo que conduce a la deshumanización del proceso de la salud.

El problema cae entonces en un círculo vicioso. Los países ricos se enfrentan al dilema de servicios impersonales de salud altamente costosos. Un número cada vez mayor de individuos se percata de la necesidad de cambios fundamentales, pero el problema de cambiar instituciones firmemente establecidas es enorme. Los países en desarrollo tienen aún tiempo de crear nuevos modelos, modelos mas adecuados a sus propias tradiciones, capacidades y economías. Es posible que para ellos sea una ventaja significativa el hecho de no estar aún totalmente comprometidos con los inadecuados sistemas de las naciones ricas.

El señor Dorozynski plantea en este libro muchos de tales interrogantes al tiempo que describe algunos de los métodos que empiezan a surgir. El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, junto con varios gobiernos y organismos internacionales, ha brindado apoyo a una serie de programas innovadores destinados a ofrecer enfoques prácticos para la prestación de servicios de salud, uno de los problemas mas agobiantes del mundo actual. Esta obra que invita a la controversia, destaca los puntos en debate y estimula la discusión sobre una situación que a todos afecta.

George Brown, Director
División de Ciencias de Salud y Población (hasta 1975)
Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, CIID

CONTENIDO

- 5** Introducción
- 9** Es la “medicalización” necesaria?
- 15** Un sencillo cuadro clínico
- 23** El control de la propia fecundidad
- 29** La historia de un monopolio
- 39** La fuga de cerebros: causa o efecto?
- 45** La relación médico-curandero
- 51** El caso chino
- 57** El estrecho margen



La salud es un derecho humano. Es decir, un bien que todos justamente podemos reclamar. Al aceptar la noción de derecho humano, la sociedad asume una responsabilidad que se compromete a cumplir de manera prioritaria.

Desde luego la salud abarca otros componentes: educación sanitaria, vivienda y alimentación adecuadas, agua potable, protección contra enfermedades contagiosas, acceso a medios de control de la fecundidad individual, y aspectos “médicos” mas directos de prevención y tratamiento de enfermedades.

Sin embargo, el derecho a la salud dista de ser una realidad para toda la humanidad. Millones de personas carecen de alimentación y vivienda apropiadas y sólo un porcentaje mínimo de la población rural de los países en vía de desarrollo cuenta con suministros adecuados de agua pura. Las enfermedades contagiosas se propagan todavía fácilmente y la prestación de servicios de salud —la prevención y los tratamientos extraordinariamente efectivos conocidos hoy día por el hombre— no llega a muchas áreas rurales del mundo en desarrollo.

El fracaso del sistema clásico

Es de este aspecto —de la prestación de servicios de salud— que se ocupa el presente trabajo. Porque se hace cada vez mas evidente que es el sistema médico clásico, de aceptación casi universal, el que impide la efectiva prestación de servicios de salud en gran parte del mundo. Se entiende por tal, el sistema médico occidental que prevalece bajo cualquier condición social, económica, política o religiosa. A nadie escapa que el suministro adecuado de alimentos, vivienda o agua se ve entorpecido por factores distintos a la pobreza y que las causas de su desigual distribución o mal manejo son menos uniformes que aquellas relacionadas con la prestación de servicios de salud.

El material de este libro se basa en las observaciones del autor y en las de diversos especialistas. Desde luego, ciertos hechos

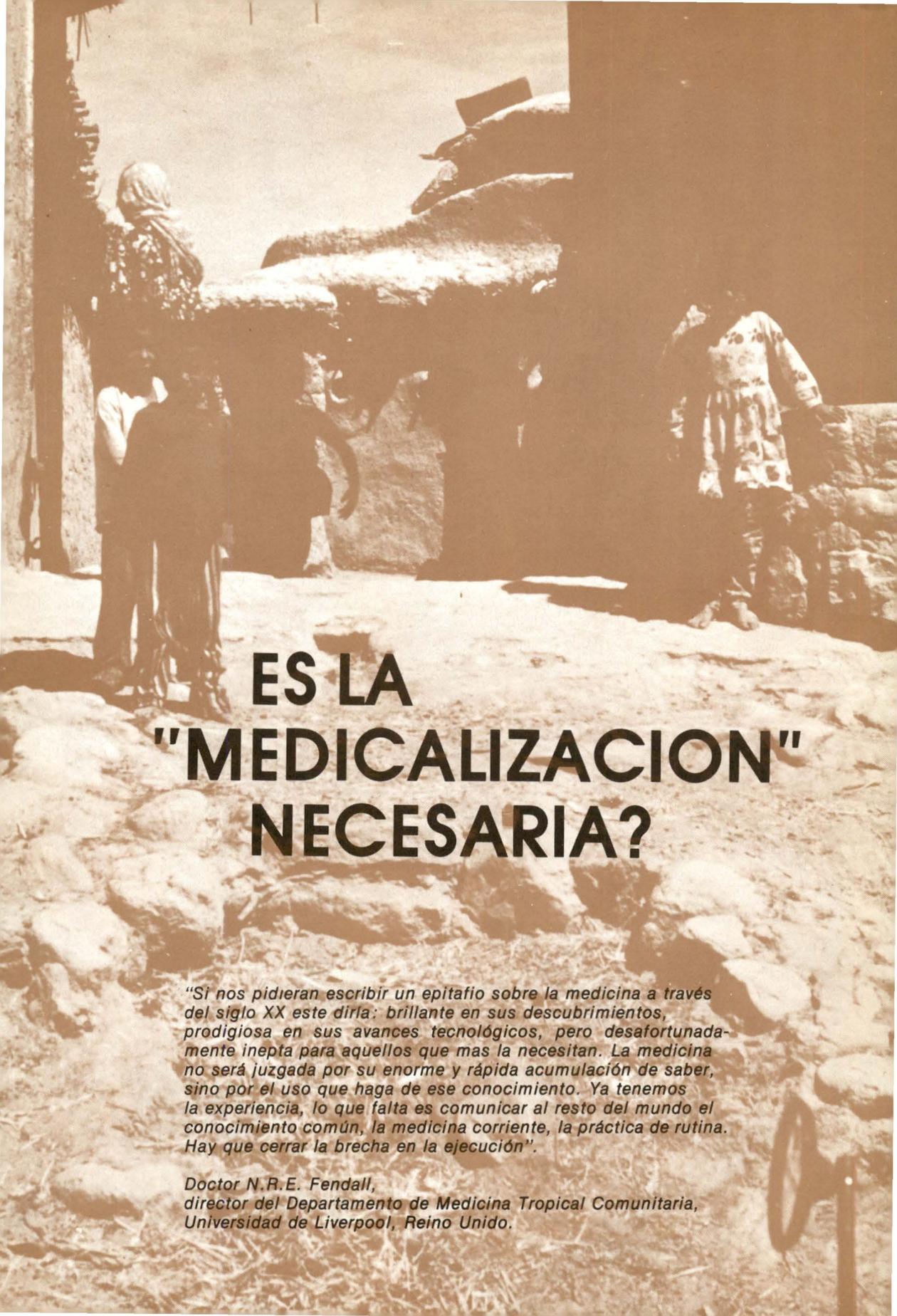
han sido seleccionados o realizados por cuanto contribuyen a sentar una tesis: que existe un virtual monopolio en lo que a prestación de servicios de salud se refiere, y que tal monopolio no siempre sirve los mejores intereses de la humanidad. En ciertas condiciones, diferentes métodos de prestación de servicios de salud resultan no sólo mas efectivos sino mas económicos que aquellos correspondientes al patrón fijado por la profesión médica.

En busca del propio camino

Hay autores que van mas lejos al sostener que la medicina moderna ha llegado a un punto donde no solo no presta un tratamiento efectivo, sino que, por el contrario, produce enfermedad. Tal punto de vista es mas difícil de defender, aunque en algunos países altamente industrializados existe una cierta adicción médica y farmacológica y se ha constatado un aumento de las "enfermedades yatrógenas" (estados anormales producidos por el médico). Las estadísticas muestran fácilmente cómo las personas que cuentan con "la mejor medicina" no necesariamente disfrutan de "la mejor salud". Pero no siempre es fácil para los forjadores de políticas estar al tanto de la situación de otros países y beneficiarse con la experiencia de los demás. Es difícil romper con un sistema establecido, rodeado y sostenido por una jerarquía ya entronizada. Sin embargo, este rompimiento puede ser necesario para encontrar el propio camino hacia el progreso. Seguir la huella de otros, puede llevar al lugar equivocado.

Esta publicación no intenta recomendar una solución u otra, pretende sí mostrar que existen numerosas soluciones al problema de la prestación de servicios de salud. En este sentido se compagina con la política del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Este, en lugar de otorgar ayuda médica en forma de médicos, drogas, o fomento a la educación médica clásica, patrocina proyectos tendientes a desarrollar soluciones propias mediante el empleo, por ejemplo, de auxiliares de salud con niveles de competencia que correspondan específicamente a las necesidades y demandas de una región o país determinado. □





ES LA "MEDICALIZACION" NECESARIA?

"Si nos pidieran escribir un epitafio sobre la medicina a través del siglo XX este diría: brillante en sus descubrimientos, prodigiosa en sus avances tecnológicos, pero desafortunadamente inepta para aquellos que mas la necesitan. La medicina no será juzgada por su enorme y rápida acumulación de saber, sino por el uso que haga de ese conocimiento. Ya tenemos la experiencia, lo que falta es comunicar al resto del mundo el conocimiento común, la medicina corriente, la práctica de rutina. Hay que cerrar la brecha en la ejecución".

*Doctor N.R.E. Fendall,
director del Departamento de Medicina Tropical Comunitaria,
Universidad de Liverpool, Reino Unido.*

El mundo cuenta con cerca de 2,5 millones de médicos titulados. Esto equivale a una "densidad médica" aproximada de 8 médicos por cada 10.000 habitantes, es decir 1250 personas por cada doctor (China, con un sistema particular de salud, no forma parte de estas estadísticas y será objeto de comentario separado). La repartición, desde luego, no es equitativa. La densidad médica varía enormemente de un lugar a otro. Hay sitios con menos de un doctor por cada 100.000 habitantes y los hay con un médico por cada 400. En otras palabras, en algunas áreas jamás se ve un doctor y en otras los médicos compiten entre sí por los pacientes.

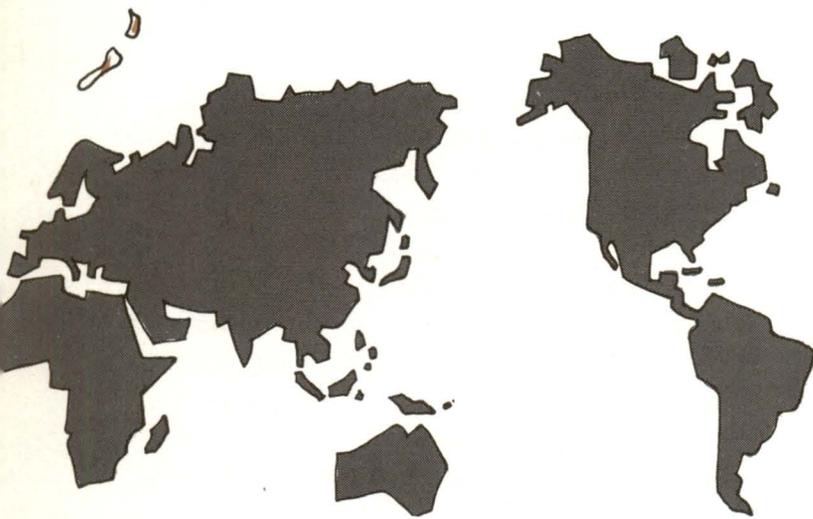
Densidad médica y salud

Vista por países o regiones, la densidad médica revela una total desigualdad. En Africa, como un todo, la proporción es de 1,4 médicos por cada 10.000 habitantes. No obstante, como sucede en todas partes, los médicos de la región tienden a concentrarse en los núcleos urbanos. Las poblaciones rurales carecen de servicios médicos a excepción de la visita ocasional de algún equipo móvil, generalmente en campaña de vacunación. En Asia, la densidad médica es inferior a tres doctores por cada 10.000 habitantes; en Latinoamérica llega aproximadamente a 6,5 para el mismo número de individuos. Los países con mas alta densidad médica son Israel con 25 médicos por cada 10.000 habitantes, y la Unión Soviética con 24 para la misma cifra. En América Latina, Argentina exhibe el mayor índice con 21 médicos por cada 10.000 habitantes.

No obstante, es difícil establecer una correlación positiva entre densidad médica y salud (o expectativa de vida, que se presta mas fácilmente al análisis estadístico). Los resultados son algunas veces contradictorios. Bin-Dang-Ha-Doan, director del Centro de Sociología y Demografía Médica en París, publicó recientemente en *Estadísticas Mundiales de la Salud* un estudio que muestra una correlación directa entre densidad médica y expectativa de vida. El investigador norteamericano Charles T. Stewart publicó en *The*



En este mapa, donde los continentes han sido distorsionados en proporción al número de médicos por cada 10.000 habitantes, se observan las diferentes densidades médicas del mundo. Así, en Asia la densidad es cerca de 10 médicos por cada 10.000 personas y el número de ellos deberá doblarse en 30 años para ir al paso con el crecimiento demográfico. En Africa hay aproximadamente 1,5 médicos por cada 10.000 habitantes. La proporción de médicos entre las regiones de menor y mayor densidad médica es casi de 1 a 18. Entre las regiones de un mismo país, la dispersión puede ser aún mayor. La única solución posible para proporcionar un adecuado servicio de salud en muchas partes del mundo consiste en capacitar diversos niveles de trabajadores médicos adaptados a las necesidades, como también a la demanda efectiva, de cada país.



Journal of Human Resources evidencias que indican lo contrario. Sus hallazgos muestran, por ejemplo, que el lapso de vida en un número de países, cuyas densidades médicas varían entre 4 y 16 médicos por cada 10.000 personas, es básicamente el mismo.

De la escasez al exceso de médicos

De hecho, es más fácil demostrar que la buena salud se relaciona en mayor grado con higiene, alimentación, vivienda y agua adecuadas que con el número de médicos en una población. Esto es válido tanto para los países industrializados como para aquellos en desarrollo. Un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud indica que en varios países industrializados la expectativa de vida después de los sesenta comienza a declinar. Sin embargo, en la mayoría de estos países el número de médicos ha crecido continuamente y los costos de salud han aumentado más rápidamente que el producto bruto nacional. Pero es que las condiciones de vida en estos países pueden ser nocivas para la salud, y la existencia de una alta densidad médica no parece corregirlas (tal vez porque la medicina occidental, que ofrece atención individual y curativa, no se ha ocupado suficientemente de la prevención que elimina los factores propicios a la enfermedad). En realidad, existen indicios de que las sociedades pueden alcanzar un grado tal de densidad médica que resulta perjudicial para la salud.

El costo astronómico de los doctores...

De todas maneras el problema del consumo médico excesivo solo afecta a unos pocos. El problema real es cómo atender a las regiones que carecen de médicos y presentan altos índices de mortalidad y morbilidad.

A primera vista la respuesta parece obvia: aumentar el número de médicos donde exista escasez. No obstante, en la mayoría de los países en desarrollo tal remedio no parece factible dentro del futuro previsible. Para alcanzar la actual densidad médica de Europa, Africa tendría que multiplicar por 10 su número de médicos. Si esta fuera la meta en 25 años —una perspectiva aparente-

mente mas razonable— la multiplicación sería por 20 a fin de equiparar el crecimiento demográfico. El costo resulta exorbitante.

...en especial si no ejercen

Pero, además, es probable que no exista una “efectiva demanda económica” de tan costosos profesionales, los cuales una vez capacitados pueden emigrar a otros países o abandonar la medicina por los negocios, la política o la administración pública. Las dos cosas se están viendo hoy día. La fuga médica de países pobres a países ricos y el número de médicos comprometidos en actividades distintas a la medicina, ilustran la futilidad de los esfuerzos altamente costosos encaminados a producir el médico estilo occidental para el que no existe una demanda local verdadera. Por qué no contemplar distintas soluciones? □



UN SENCILLO CUADRO CLINICO

“En la mayor parte de los países en desarrollo, los líderes no han reflexionado suficientemente sobre la respuesta adecuada a las necesidades de sus pueblos. Ahora bien, un diagnóstico independiente podría ser mas beneficioso que un remedio prestado. No hay razón para que no se pueda capacitar a un médico en tres años y llamarlo doctor también. Por mucho tiempo hemos querido ser como los maestros y no desviarnos de sus enseñanzas. Ahora el péndulo se devuelve, y nos enfrentamos a la realidad. Pero exigirá valor cerrar la puerta, apretarse el cinturón y redescubrirse uno mismo, su propio ego y sus propios mitos”.

*Dr. T. Adeoye Lambo, Ibadan
Subdirector General,
Organización Mundial de la Salud*

Las estadísticas mundiales sobre morbilidad y mortalidad son, en el mejor de los casos, aproximadas. Las fuentes no son siempre confiables y el cuadro global puede ser inexacto. Lo que sigue no pretende ser mejor; la intención es promediar algunas cifras disponibles para tener una idea del problema que debe resolverse antes de que el derecho teórico a la salud se acerque siquiera a ser un derecho humano real.

Los gastos de salud en el mundo varían entre menos de un dólar anual por persona en los países más pobres, hasta 100 dólares o más en los países pudientes. La expectativa de vida al nacer oscila entre 30 y 75 años. Pero el patrón de enfermedad es tal, que la mayor variación se presenta en las posibilidades que tiene un niño para sobrevivir hasta la edad adulta. En los países en desarrollo las tasas de mortalidad infantil son casi cien veces más altas que en los países desarrollados.

Los niños son las primeras víctimas

Un estudio reciente del doctor David Morley en *Paediatrics Priorities in the Developing World*, indica que “mientras en los países desarrollados el número de niños que mueren anualmente en los primeros cinco años de vida es de medio millón, la cifra correspondiente en los países en desarrollo es de 20 millones. Expresado en muertes anuales por cada millón de niños menores de cinco años, la cantidad es de 625 en los países desarrollados y 48.000 en los otros”.

Casi todos estos niños mueren a causa de enfermedades que se pueden prevenir o curar fácilmente. Pero, obviamente, en la enorme mayoría de casos el cuadro se presenta combinado con desnutrición y condiciones higiénicas deficientes que hacen al niño vulnerable a enfermedades que de otra forma serían benignas. La Organización Mundial de la Salud, que recoge estadísticas de todos los países miembros, calcula que en la actualidad 90 millones de niños menores de cinco años padecen de desnutrición y que de este total 10 millones son víctimas de desnutrición severa. La desnutrición en sí



Las tasas de mortalidad infantil son casi cien veces más altas en los países en desarrollo que en los desarrollados. La desnutrición y la infección son las principales amenazas a la salud de estos niños indígenas de Guatemala.

puede ser mortal, particularmente cuando se origina en la falta de proteínas y calorías, pero en muchos casos no lo es. Sin embargo, abre la puerta a otras enfermedades. Se calcula que los niños de los países en desarrollo sufren infecciones de uno u otro tipo durante la tercera parte de sus dos primeros años de vida. En algunas poblaciones el sarampión puede ser 400 veces más letal que en otras.

Principales causas de muerte

Las infecciones respiratorias —neumonía, bronquitis, otitis media, difteria, amigdalitis... y el resfrío común— constituyen la causa más difundida y directa de decesos. Viene luego la diarrea, bien como resultado de infección gástrica o como reacción del sistema digestivo del niño, frágil y altamente vascularizado, a otro problema sea este infeccioso, tóxico o térmico. En términos generales, de uno a dos tercios de la mortalidad infantil pueden ser atribuidos a la asociación de desnutrición e infección.

El tratamiento puede ser sencillo

¿Se requiere, en verdad, de profesionales con 20 años de experiencia para reconocer y tratar en cada caso este tipo de afecciones?

En lo que a desnutrición respecta, ciertamente no. Esta puede tener diversas causas, desde la carencia de alimentos hasta la ignorancia de su valor nutritivo. Una vez reconocido el origen, la solución es de orden económico, político o educativo. En ocasiones se obtienen resultados satisfactorios con solo explicar, por ejemplo, que el trozo de carne reservado tradicionalmente para el padre que trabaja debe ser dado al hijo en crecimiento, en tanto que el trozo de dulce destinado al niño debe ser guardado para el padre.

La mayoría de las enfermedades que se suman a la desnutrición son de fácil diagnóstico y tratamiento efectivo con drogas relativamente económicas. Algunos países han reducido notoriamente la mortalidad infantil capacitando a individuos, casi analfabetas, en el reconocimiento y tratamiento de la neumonía por medios sencillos, v. gr. sulfamidas, en ocasiones reforzadas con antibióticos. E igual para la diarrea: el peligroso síndrome de la deshidratación, puede ser reconocido y remediado a tiempo con medidas caseras. En Pa-



La mala vivienda y la falta de higiene contribuyen a la diseminación de las enfermedades. Estos niños que habitan en un arrabal de Santiago de Chile se beneficiarán con un programa de vivienda.



Se estima que noventa millones de niños menores de cinco años sufren de desnutrición. En Mauritania estos niños roen huesos en una "cocina de emergencia".

*Niños en una guardería diurna de Pakistán.
Esta forma parte de un colegio cuyos
estudiantes reciben capacitación en salud
pública.*



pua, Nueva Guinea, los auxiliares médicos han aprendido a tratar la deshidratación reduciendo su poder mortal casi al 1%, lo cual no está por debajo del resultado promedio en muchos hospitales.

En Brasil existen "centros de rehidratación", donde algunas veces las inyecciones intravenosas y las perfusiones son prescritas y administradas por mujeres que no saben leer. El instrumental consiste en una aguja conectada por un tubo al equipo de infusión y una cuchilla para rasurar el cuero cabelludo cuando se precisa. Como resultado, la mortalidad por deshidratación ha sido reducida al 2% no obstante la desnutrición y poca higiene que persiste en los pueblos aislados.

Es el médico siempre esencial?

La anemia por deficiencia de hierro, que parece afectar a unos 700 millones de personas (casi un quinto de la población mundial), se trata con alimentación adecuada o medicamentos que contengan hierro. En las regiones donde está más difundida, su diagnóstico resulta más costoso que el tratamiento sistemático de los niños pequeños o de las mujeres embarazadas o en lactación. Reconocida la enfermedad, la intervención médica para tratar casos individuales es un lujo. Y ejemplos como este hay muchos.

Es verdad que algunas enfermedades no se reconocen tan fácilmente y que su tratamiento ofrece mayor dificultad. Pero en el conjunto del mundo en desarrollo, estas constituyen una minoría. La neumonía estafilocócica, de carácter frecuentemente mortal, representa, por ejemplo, un porcentaje reducido de las enfermedades respiratorias. La anemia puede igualmente ser difícil de diagnosticar con precisión. El cáncer y las enfermedades cardiovasculares pueden necesitar un tratamiento complejo y costoso.

El problema puede, entonces, plantearse de otra forma. Cuando no hay médico, deben los otros casos — "los casos fáciles" — quedar sin tratamiento por ser axiomático que nadie, excepto el médico, debe hacer diagnósticos o prescribir tratamientos?

Hay curanderos que, sin ser bioquímicos, ginecólogos, gastroenterólogos o doctores en medicina, pueden ser efectivos así no entiendan el mecanismo de la terapia que prescriben. Pensándolo bien, cuántos médicos comprenden, realmente, la forma de acción de la aspirina? □



EL CONTROL DE LA PROPIA FECUNDIDAD

“Métodos sencillos de distribución, sin clínicas ni médicos, permitirían que las técnicas anticonceptivas llegaran a la mayor parte del mundo. Sin embargo, existe la creencia arraigada de que los médicos cumplen un papel importante al supervisar la distribución de anticonceptivos y que no es ético sugerir métodos alternos. Pero la consideración inversa, es decir, que no es ético emplear la capacidad de un médico a menos que se justifique plenamente, se plantea rara vez.”

*Dr. Malcom Potts, Oficina Regional,
Federación Internacional de Planificación Familiar,
Londres*

La duración de la vida humana y la fisiología de su sistema reproductivo permiten señalar una capacidad reproductiva cercana a diez partos por mujer. Millones de años de evolución han moldeado este sistema para asegurar la supervivencia de la especie en circunstancias totalmente distintas a las que prevalecen hoy día.

No hace mucho que en buena parte del mundo, y aún hoy día en uno que otro lugar, la utilización plena de tal capacidad era indispensable para asegurar la supervivencia de uno o dos individuos hasta la edad adulta. Pero tal no es más el caso. La higiene, la medicina, las vacunas, las mejoras en las condiciones de vida, han hecho que nuestro sistema reproductivo sea peligrosamente prolífico. No obstante, el hombre retendrá sus presentes capacidades reproductivas por muchos milenios más en virtud de la lenta adaptación evolutiva.

Los anticonceptivos como medicina preventiva

Es verdad que hasta cierto punto la reproducción ha estado supeditada a la costumbre. Pero en el último siglo el crecimiento demográfico ha sido tan rápido que hace indispensable el control técnico de la propia fecundidad para frenar un crecimiento que por sus características solo puede ser una etapa transitoria en la historia de la humanidad. En términos de población, los anticonceptivos deben ser objetivamente vistos como un medio para ampliar el intervalo entre los embarazos.

Los métodos anticonceptivos forman parte también del "derecho a la salud". La planificación familiar es la única forma de controlar los lapsos entre nacimientos a fin de mejorar la salud de la madre y de los hijos y asegurar la supervivencia de todos los niños de una familia.

Pese al contexto emocional que en años recientes ha rodeado el concepto de planificación familiar, los aspectos médicos no pue-



den ignorarse. El kwashiorkor, el “niño rojo” o “enfermedad del niño desplazado al nacer el siguiente”, es una enfermedad grave causada por la deficiencia proteínica que generalmente sigue a un destete precoz. Aunque mas frecuente en Africa, en todo el mundo se conocen los efectos negativos de los intervalos cortos entre nacimientos. En Estados Unidos, al igual que en los países pobres, se ha demostrado que la desnutrición infantil disminuye cuando este intervalo es superior a dos o tres años. La tasa de mortalidad infantil es cuatro veces menor cuando el segundo embarazo se presenta dos años después del primer parto que cuando ocurre sólo cuatro meses después. En otros términos, la planificación familiar es una prevención eficaz contra el kwashiorkor.

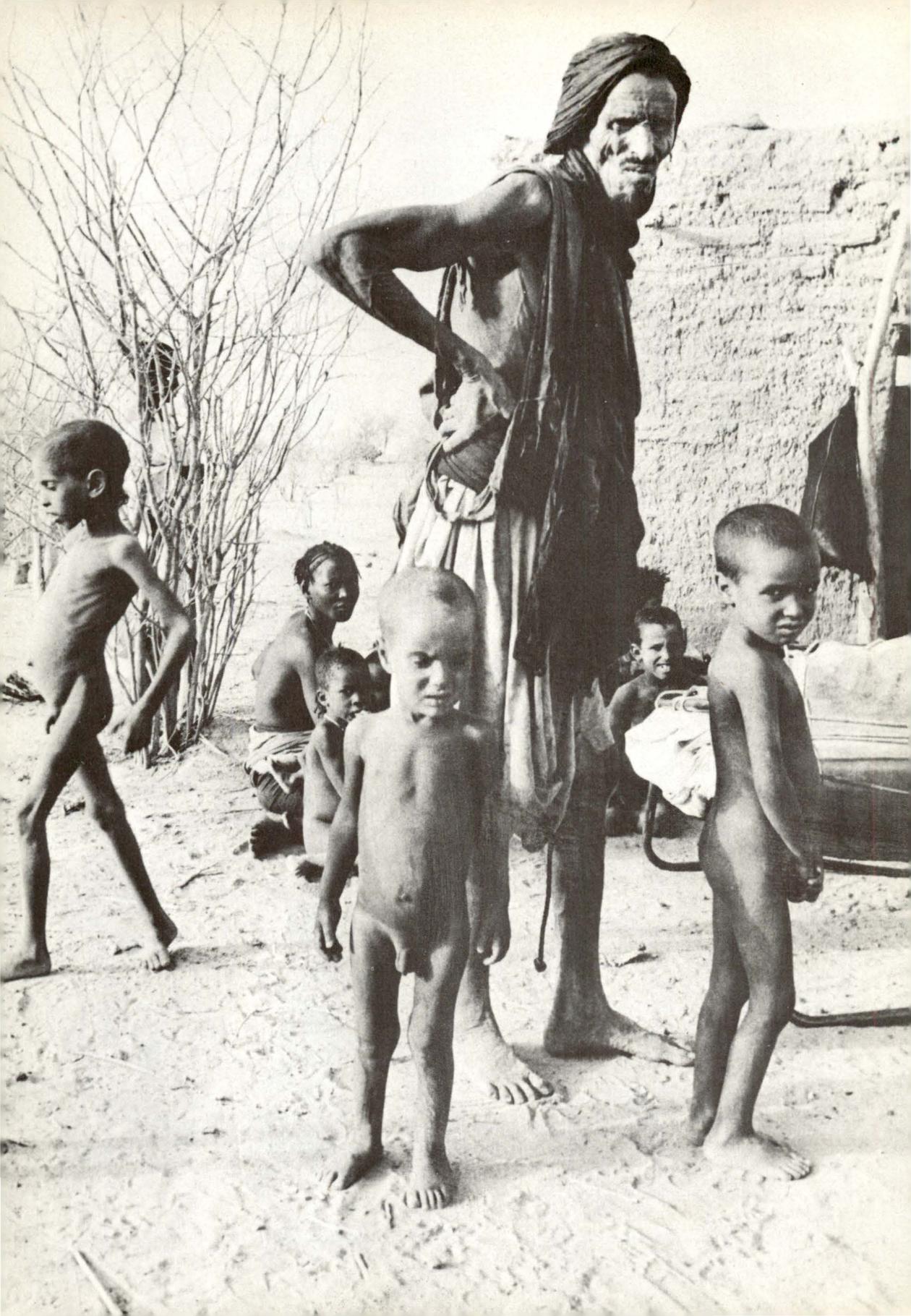
Escogencia, no limitación

Así pues, la planificación familiar no representa necesariamente una limitación al tamaño familiar o una política maltuciana, particularmente en los países subpoblados del mundo en desarrollo. Por el contrario, al aumentar el número de los sobrevivientes, la planificación puede significar un aumento de la familia. Esto hace parte del cuidado de la salud.

Ahora bien, como los modernos métodos anticonceptivos son el resultado de investigaciones médicas y biológicas, no es sorprendente que los médicos hayan intentado monopolizar no sólo el aspecto técnico, sino también moral de la planificación familiar. Con



No sólo el azote de la sequía, sino el rápido aumento de la población, ha contribuido a las hambrunas en la zona saheliana de Africa. Se sabe que la mortalidad infantil aumenta cuando los embarazos se presentan en rápida sucesión.



frecuencia se han opuesto a la distribución simple y directa de anti-conceptivos y de información sobre su uso. Sin embargo, el empleo de la píldora o los preservativos no requiere en realidad la supervisión o asistencia de un médico diplomado.

Técnicas sencillas, inclusive para el aborto

La intervención de un médico en los programas de planificación familiar de las áreas rurales puede presentar inconvenientes, en especial cuando se trata de un extraño que no vive en el área. Un trabajador de salud de la comunidad, el alcalde o cualquier otro miembro respetado por la comunidad, ofrece en cambio, la ventaja de estar familiarizado con la gente, sus problemas, sus actitudes y sus tabúes. Para él será fácil determinar lo que puede o no hacer con los métodos de planificación familiar. Pruebas realizadas en Indonesia, Corea, Pakistán, Barbados, Guatemala y otros países han demostrado que el personal auxiliar no sólo puede distribuir preservativos y píldoras, sino aprender a realizar exámenes pélvicos y a insertar dispositivos intrauterinos. El ejemplo de China muestra que inclusive el aborto, realizado con técnicas sencillas, no requiere las habilidades de un médico altamente calificado. □

Qué oportunidades de sobrevivir tienen estos niños de Malí que buscan alimento después de la sequía? o este bebé que sufre de marasmo, enfermedad que afecta principalmente a los niños?





LA HISTORIA DE UN MONOPOLIO

Los hechos ofrecen la mejor respuesta a quienes, en nombre de los altos principios, afirman que el carácter sagrado de la vida humana exige un cuidado médico prestado sólo por los médicos. Dónde, les pregunto, se encuentran estos moralizantes doctores cuando los niños del campo se enferman o accidentan? Cómo fomentan este tipo de ética en las grandes ciudades, en las escuelas de medicina y en otros círculos elevados, mientras millones, especialmente de niños, continúan muriendo y sufriendo en áreas a las cuales ninguno de ellos está dispuesto a ir?

Es comprensible que un médico encuentre difícil vivir en áreas remotas bajo condiciones relativamente primitivas. Pero es difícil entender su intento de impedir que otros, en especial los más directamente comprometidos, lleven servicios de salud a las áreas en necesidad... Si la vida humana como todos creemos es sagrada y si sólo los médicos tienen derecho a tratarla pero si, por otra parte, no están preparados para asumir tal responsabilidad, deducimos que algo distinto debe hacerse.

Majid Rahnema
Consejero especial,
Organización Imperial de Servicios Sociales,
Irán

La medicina es el monopolio más antiguo, más grande, más extendido, más pudiente y quizás más poderoso del mundo actual.

Tal apreciación no debe tomarse necesariamente como crítica o condena. Ella corresponde a la definición clásica de monopolio: control exclusivo del suministro de cualquier producto o servicio en un mercado dado. El producto es el cuidado de la salud; el mercado, el mundo.

De 1224 hasta la fecha

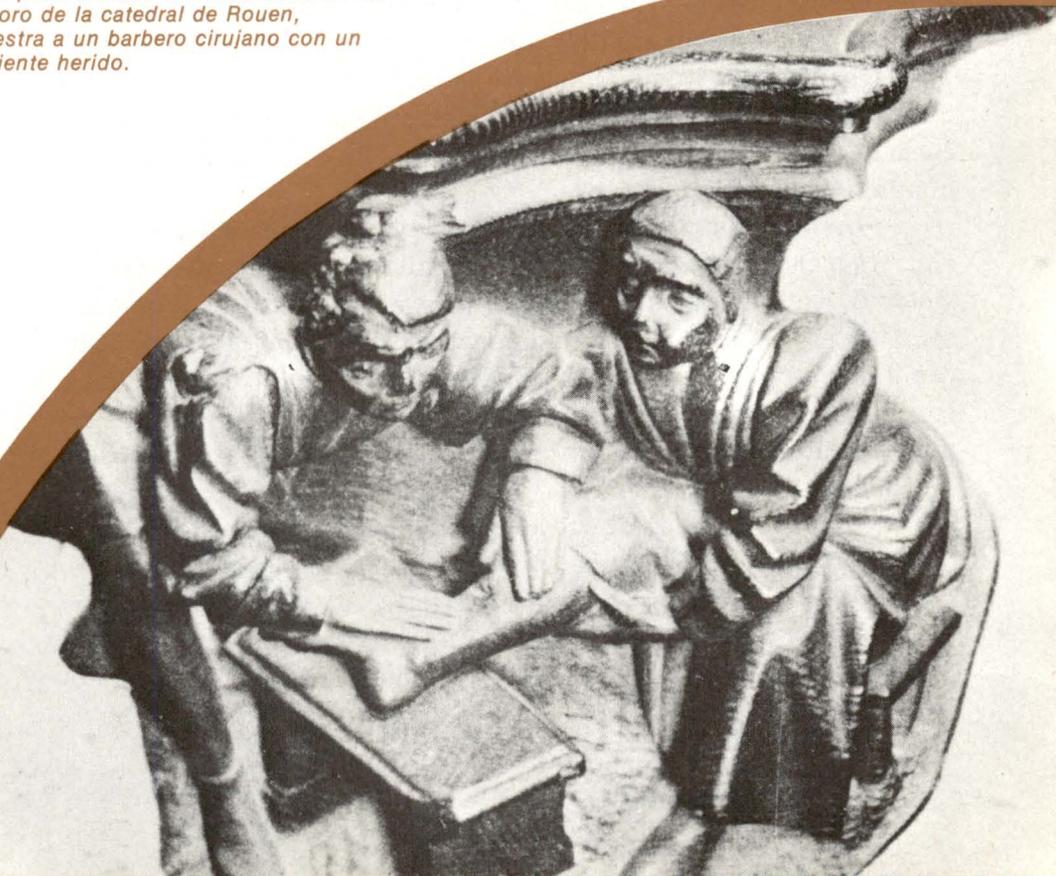
Se puede afirmar que la medicina occidental hizo su aparición a comienzos del siglo XIII cuando se fundó la Escuela Médica de Salerno en un momento en que la medicina arábiga, aún prevaleciente, entraba en decadencia. Con más exactitud la irrupción del monopolio se podría fechar en 1224, año en que Federico II Emperador del Sacro Imperio Romano decretó la imposibilidad de practicar la medicina sin haber aprobado un examen ante los maestros de la Escuela de Salerno. Desde entonces, hace ya siete y medio siglos, se ha mantenido el monopolio.

Como regla general, el ejercicio de la medicina aceptado hoy día está a cargo de egresados de las facultades médicas de corte occidental. En todo el mundo estos centros docentes tienen requisitos semejantes y títulos aproximadamente equivalentes. Los que ejercen sin la aprobación de las escuelas médicas son, comunmente, considerados charlatanes y sometidos en ocasiones a castigos no muy distintos de la "prisión y confiscación de bienes" decretados en la Edad Media.

Este monopolio no es resultado de una confabulación o deseo de poder y lucro. Parece que en un principio simplemente sucedió. Las razones de su supervivencia y crecimiento son discutibles. Las normas que ha sentado son, en un momento dado, las mejores disponibles, y su efecto en la restricción de charlatanes ha sido poderoso y benéfico.



Los barberos se cuentan entre los primeros curanderos no médicos. El cuadro superior representa a un barbero cirujano de campo del s. XVI retirando una flecha del pecho de un soldado. En la parte inferior un relieve del s. XV en el coro de la catedral de Rouen, muestra a un barbero cirujano con un paciente herido.





Avicena (980-1037), uno de los maestros de la medicina árabe que floreció durante cinco siglos, aparece en el dibujo inferior durante el recibimiento que le tributó el gobernador de Ispahan. El S. XVI marcó un renacimiento de la medicina científica. En el grabado superior, el gabinete de un "maestro curandero" en Francia.





*Un trabajador de salud
en campaña de vacunación
en Afganistan.*

El pertenecer a la profesión médica otorga el derecho de diagnosticar enfermedades, tratar pacientes y, según el marco social y político en que se practique la medicina, recibir salario o cobrar honorarios por los servicios prestados. En muchos casos la tarifa es fijada por la profesión misma o por el individuo que la ejerce; en otros es predeterminada y su erogación corre a cargo del individuo o de la sociedad. Pero, en realidad, ninguna de estas diferencias desvirtúa la situación monopolística.

La brusca interrupción

Sin embargo, el pertenecer a la profesión no otorga a todos los miembros el mismo derecho, categoría o ingreso, lo cual es comprensible. Mientras un cardiocirujano puede colocar una válvula y un neurocirujano extraer un tumor cerebral, un médico general no realiza lo uno ni lo otro. Existen pues dentro de la profesión limitaciones y niveles de competencia que con frecuencia corresponden al nivel social y de ingresos.

Lo que resulta sorprendente es que los niveles de competencia cesan después de cierto punto. Hay una brusca interrupción. Un médico general puede tratar ulceraciones, mas nadie sin el grado de una escuela médica debe, en principio, diagnosticar un resfrío o prescribir una aspirina.

Los farmacéuticos son una excepción tolerada. Sin embargo en este caso existe una sutil e importante diferencia. Los farmacéuticos no reciben pago por el servicio de diagnóstico; su subsistencia deriva de las ganancias obtenidas con las drogas que venden y que ocasionalmente pueden prescribir.

Hay, desde luego, otras excepciones. Una de ellas, la automedicación, es ampliamente aceptada e incluso fomentada en el caso de ciertas enfermedades y drogas. Algunas veces estas drogas se anuncian públicamente en la prensa y la televisión con la descripción del proceso diagnóstico y las dosis terapéuticas convenientes. Como consecuencia, el hombre de la calle al aconsejar a otros, o al comentar su propia experiencia con tal o cual medicamento, diagnostica enfermedades y prescribe tratamientos. Esto también es tolerado en tanto no se cobre un estipendio. La profesión médica no tolera que se pague a alguien "no calificado" poniendo de manifiesto nuevamente su posición monopolística.

Otra excepción es la del curandero profesional sin estudios académicos. Esto puede parecer contradictorio ya que el término profesional en el terreno de la salud es atribuido casi automáticamente a los doctores en medicina, y el vocablo curandero (el que cura) es asimilado a charlatán. Pero el término "*profesional*" se emplea aquí en el sentido de una ocupación que proporciona sustento y no es la de un "*aficionado*". El curandero profesional ha subsistido por largo tiempo y durante el mismo ha sido reprimido por la profesión médica. Hoy día su número está en aumento, siendo probable que en pocos años exceda el de los médicos graduados.

Estos curanderos se conocen bajo diferentes nombres y sus funciones y responsabilidades varían de país a país y de región a región: auxiliares o asistentes médicos, funcionarios o promotores de salud, barberos (*feldshers*) o médicos descalzos, trabajadores, de extensión sanitaria (*medex*), médicos africanos o dirigentes de salud.

En el siglo XVI e incluso antes, los barberos recibían entrenamiento adicional para actuar como personal médico militar. Si bien afeitaban a sus superiores, también los seguían en la batalla y empuñaban el escalpelo, instrumento parecido a la navaja de afeitar. Pedro el Grande convirtió oficialmente a los barberos de campaña en trabajadores parciales de la salud para compensar la escasez de médicos en los ejércitos rusos. Los barberos en la Unión Soviética conservan hoy día este papel y han sido integrados a los servicios de salud. Después de la revolución soviética muchos fueron promovidos a médicos, pero se crearon también nuevas escuelas de barberos. Hoy día se desempeñan como asistentes médicos, técnicos de laboratorio y especialistas en salud pública y ocupacional. En los pequeños pueblos y en las áreas rurales, pueden sustituir al médico y, en su ausencia, actuar con autoridad propia.

En Jamaica, desde el siglo XVII, los asistentes médicos que después de un aprendizaje aprobaran los exámenes podían vender preparaciones herbáticas y drogas, y convertirse en curanderos independientes en las áreas rurales. Luego de su emancipación en el siglo XIX, Jamaica estableció un sistema de capacitación formal de los herbolarios, hasta que en 1954 se creó una "verdadera" escuela de medicina.

El modelo jamaicano, con variaciones, fue repetido en muchos países africanos durante el período colonial. Destaca entre ellos el caso de Senegal donde la *Ecole Africaine de Médecine*, fundada por los franceses en 1918, había producido para 1951 más de 800 mé-

dicos africanos con cuatro años de entrenamiento en procedimientos obstétricos y quirúrgicos sencillos, medicina preventiva, salud pública e higiene.

La mayor parte de ellos trabajaba “en el monte”, donde rara vez se veían los doctores europeos. Su efectividad no solo radicaba en que cuidaban de su propia gente y conocían sus costumbres sino, tal vez, en que no podían establecer consulta privada en los pueblos, ni eran aceptados como médicos más allá de sus fronteras. Madagascar, Nigeria, Zanzíbar (hoy parte de Tanzania) y Fiji adoptaron sistemas análogos.

La medicina como símbolo de status

India es otro ejemplo. Para 1948 este país contaba con 14 facultades médicas universitarias y más de 20 escuelas de medicina que en programas de cuatro años capacitaban bachilleres a nivel de “practicantes médicos licenciados” o “cirujanos subasistentes”, los cuales podían ejercer independientemente y con frecuencia eran llamados “doctores”.

Al alcanzar su independencia las colonias, muchos de estos sistemas desaparecieron. Los gobiernos locales consideraron, en varios casos, que el sistema del “médico auxiliar” se había establecido a fin de preservar el “doctorado” formal para los europeos. Comprensiblemente, los médicos nativos capacitados en Europa intentaron, una vez independizados, perpetuar el monopolio médico colonial al cual pertenecían, rechazando a los curanderos no-médicos o ascendíéndolos a su nivel, sin darse cuenta de que con ello suprimían un sistema mejor adaptado a las necesidades de sus pueblos que los esquemas totalmente importados. Es innegable, pues, que el diploma médico se convirtió en un símbolo de status, como los edificios altos, las siderúrgicas y los vehículos lujosos.

En esta forma, la *Ecole Africaine de Médecine* dejó de existir. En su lugar se tiene una “verdadera” facultad médica en Dakar. Algunos *médicos africanos* han sido promovidos, mientras otros desaparecen gradualmente. En India, las viejas escuelas médicas fueron transformadas en facultades y a ellas se han sumado otras de reciente fundación; el país es hoy por hoy uno de los mayores exportadores mundiales de médicos a los países ricos.

Poblaciones enteras han quedado sin el menor servicio médico. Los curanderos nativos existentes no pueden, en su mayoría,

ejercer legalmente. No obstante, algunos habrían podido aprender la tecnología médica moderna necesaria para ser “curanderos-médicos” e integrarse a un sistema de salud. Como lo señala la antropóloga Margaret Mead en un estudio realizado para la UNESCO: “La introducción de la medicina significó una pérdida de fé en lo conocido y cuando la nueva medicina demostró ser muy costosa, la gente se encontró del todo sin ninguna medicina”.

El monopolio de los instrumentos más sencillos

Pero lo más cruelmente irónico en el fracaso de los servicios médicos en muchos países es el hecho de que la tecnología médica actual conoce casi todas las enfermedades que más atacan al mundo en desarrollo y los medios para controlarlas y prevenirlas.

No se requiere un profesional especializado para diagnosticar las enfermedades de mayor mortalidad. Iván Illich, director del Centro de Documentación Intercultural en Cuernavaca, México, describe atinadamente la situación: “Es paradójico que a una mayor simplificación del instrumento corresponda una mayor persistencia de la profesión médica por monopolizarlo, y que a un entrenamiento más complejo del terapeuta, mayor sea el número de personas que dependan de él para la prestación del cuidado más elemental”.

Lo que entra en los presupuestos de salud

A esto hay que agregar, desafortunadamente, que en muchos países en desarrollo la esperanza de que sus poblaciones tengan una adecuada atención de salud se vé frustrada por acción de la élite devota del modelo médico occidental, con dos consecuencias. La primera, que el modelo resulta incorporado a la política nacional. Las escuelas médicas se convierten en símbolos de prestigio más que en instituciones dedicadas a la salud del pueblo, lo que puede representar una enorme pérdida en los limitados presupuestos asignados a salud pública.

La segunda es una especie de pacto que se produce entre la élite y el monopolio médico, de nuevo en detrimento de los pueblos.

El ejemplo surge al observar detenidamente el presupuesto de salud de un país africano (y probablemente en otros existen situaciones similares). En este país, casi la mitad del presupuesto de salud se invierte en dar tratamiento, estilo occidental, a una élite que escasamente representa un porcentaje bajo de la población.

La modalidad, bien expandida y fomentada algunas veces por países "donantes" a fin de mantener buenas relaciones con las élites gobernantes, se conoce bajo el eufemismo de "evacuación sanitaria". En otras palabras, funcionarios de alto nivel se instalan en costosas clínicas europeas para el tratamiento de enfermedades más o menos reales. En ocasiones les acompañan familiares que se hospedan en un hotel cercano y cuyos gastos, desde luego, corren por cuenta del presupuesto de salud del país africano. Pero eso no es todo. Un tiempo después, el agradecido funcionario invita al médico que lo trató a un "viaje de estudio" por su soleado país. El viaje, que puede comenzar con una visita breve a un hospital, incluye por lo general un "descanso" mas largo en forma de safari en un parque nacional o de estada en un sitido de recreo junto al mar. El gasto respectivo se anota también en los rubros de salud. El monopolio se refuerza y la brecha entre el enfermo pobre y el enfermo rico se expande. □



LA FUGA DE CEREBROS: CAUSA O EFECTO?

De los 16.689 médicos autorizados para ejercer en Estados Unidos en 1973, casi la mitad, 7419, provienen de escuelas médicas extranjeras. Esta cifra refleja, por el séptimo año consecutivo, un aumento substancial en el número de médicos extranjeros que presentan el examen nacional para ejercer".

*Comunicado de prensa,
American Medical Association.*

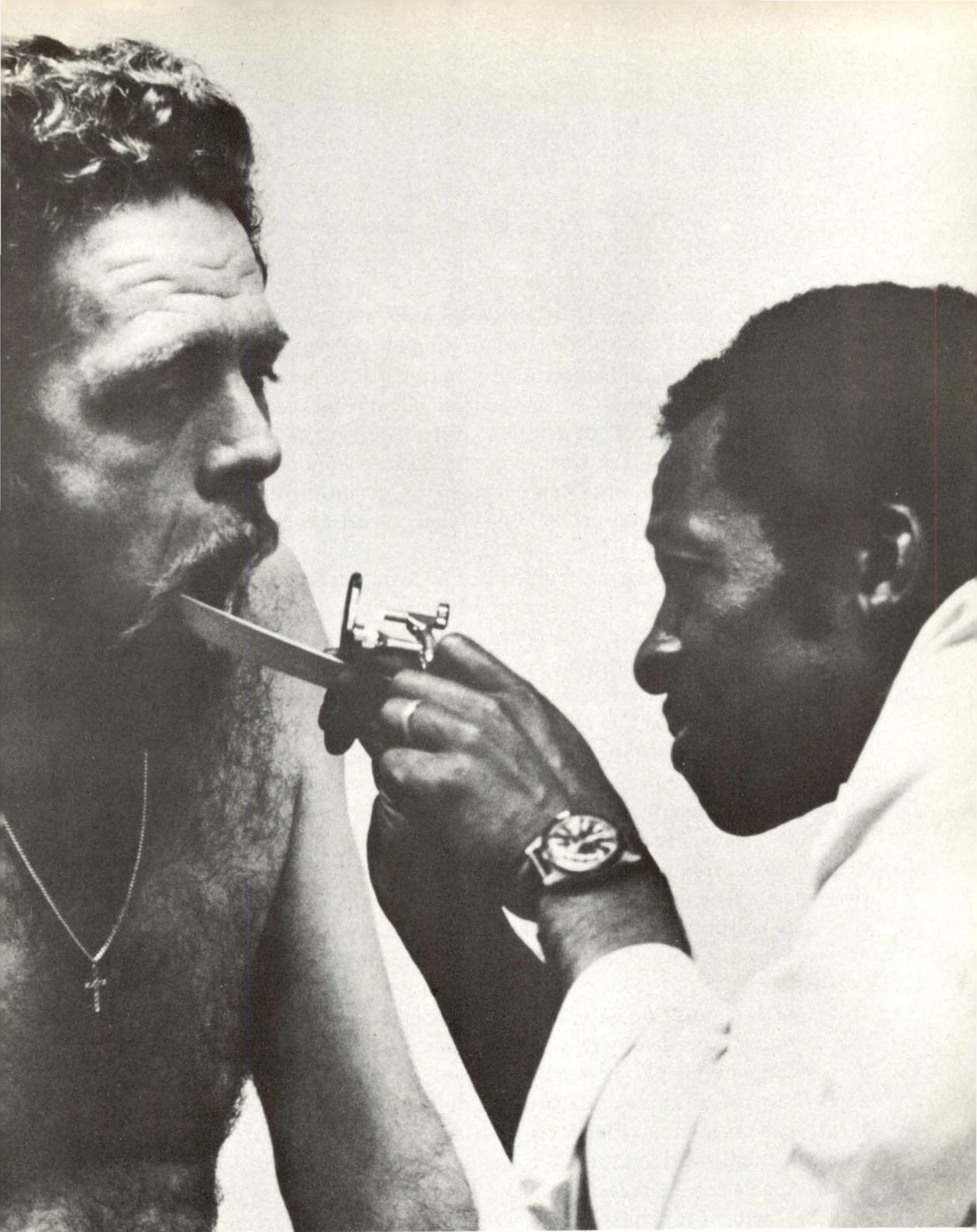
Quién no comprende la tentación de un médico nigeriano, graduado en la Facultad de Ibadán, cuando recibe una beca para especializarse en pediatría en Londres o Edimburgo? De seguro el joven médico parte con la intención de regresar, pero una vez especializado se dará cuenta de que su entrenamiento se ajusta mejor al ejercicio profesional europeo que al de su propio país. Estará entonces tentado de aceptar un cargo en un hospital británico, lo cual es igualmente comprensible. Con el tiempo podrá incluso hacerse súbdito británico.

En forma similar un médico británico se puede interesar en los cursos de postgrado de Harvard o Nueva York. Si la especialidad que escoge tiene poca competencia en Norteamérica (proctología, por ejemplo) no tendrá mayor dificultad en conseguir empleo y establecerse en un país donde, además, sus ingresos serán considerablemente más altos que bajo el sistema de salud inglés.

También puede suceder que algunos médicos norteamericanos, con el patrocinio de entidades oficiales o privadas, sigan un curso de medicina tropical y viajen a practicar en regiones aisladas de África o a enseñar en sus escuelas médicas. Pero, salvo contadas excepciones, estos médicos regresarán a su país en vez de establecerse en condiciones primitivas extrañas a su forma de vida, donde la brecha cultural e idiomática, así como la falta de comodidades, hacen imposible para ellos el ejercicio de la medicina que se les ha enseñado.

Esta circulación de médicos alrededor del mundo puede tomar diversos caminos, pero siempre una misma dirección: de los países pobres a los países ricos. De los 447 médicos británicos que en 1972 se presentaron a las pruebas del Consejo Educativo para Médicos Extranjeros (ECFMG) de Estados Unidos, 420 fueron admitidos en los programas de internado y residencia autorizados por la Asociación Médica Americana (A.M.A.). Durante el mismo año, 201 médicos nigerianos presentaron el examen y 110 lo aprobaron.

Desde la perspectiva norteamericana estas cifras pueden parecer pequeñas si se comparan con los 330.000 médicos licenciados



Los países ricos son los principales importadores de médicos de países pobres. En Estados Unidos y Canadá cerca de una quinta parte de los médicos que ejercen son extranjeros graduados en el exterior.

del país. No obstante, para finales de 1972, el número de médicos graduados en escuelas extranjeras de medicina con licencia para ejercer en los Estados Unidos era de 68.000, una quinta parte de sus médicos. En Canadá la cifra equivalente era de 11.000.

Desde la perspectiva de los países en desarrollo esto representa una inmensa pérdida. Nigeria cuenta con menos de 3000 médicos en proporción calculada de uno por cada 20.000 habitantes. Pero, como en buena parte estos médicos ejercen en las ciudades grandes, la proporción real para la mayoría de la población es de un médico por cada 50.000 ó 100.000 habitantes. En otras palabras, cien médicos nigerianos radicados en Estados Unidos u otro lugar proporcionarían cuidados médicos a una población que oscila entre medio y un millón de habitantes.

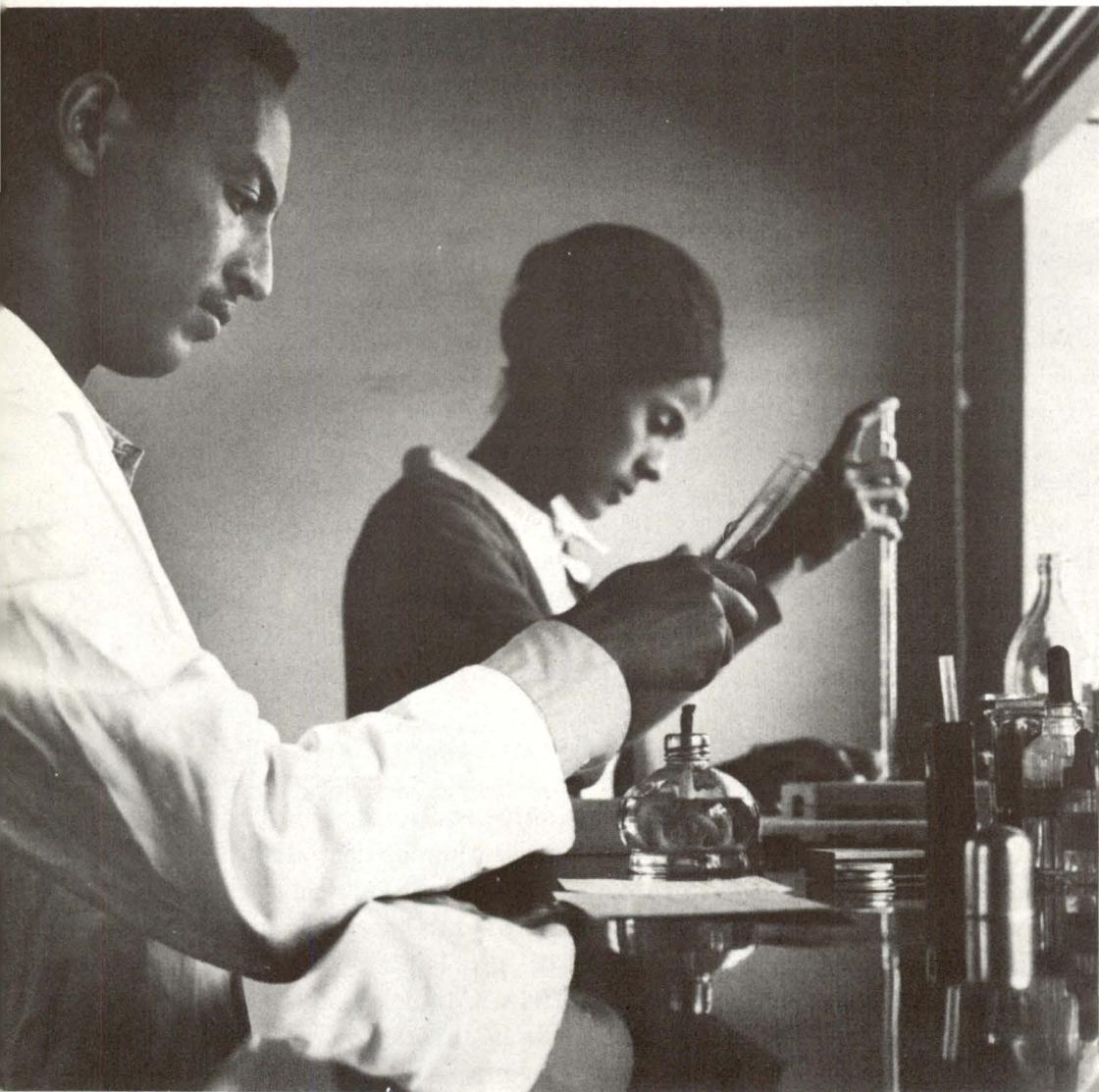
Lejos de disminuir, esta fuga ha ido en aumento. En 1947, el 43,7% de los médicos que imigraban a los Estados Unidos provenía de Europa. En 1972 este porcentaje bajó a 12, en tanto que los médicos provenientes de Asia conformaban las dos terceras partes de los médicos extranjeros llegados a Estados Unidos.

Países como Filipinas e Irán ceden a Estados Unidos y a otros países industriales casi una tercera parte de su cosecha médica. En 1.972 mas de 4000 médicos hindúes presentaron la prueba del ECFMG y 1667 la aprobaron. Las cifras respectivas de solicitantes y aprobados fueron: Brasil 481 y 207; Taiwan 1150 y 481; Guatemala 121 y 42; El Salvador 131 y 45; Bangladesh 149 y 45; Colombia 430 y 121; y Pakistán 972 y 245. Se estima que de ocho a diez facultades de medicina en India y dos en Centroamérica funcionan exclusivamente para suministrar médicos a Estados Unidos y otros países ricos.

Majid Rahnema, antiguo Ministro de Ciencia y Educación Superior de Irán y hoy día consejero especial de la Organización Imperial de Servicios Sociales, afirma: "los datos emitidos por la Universidad Pahlavi indican que en 1971 las universidades del país produjeron 600 médicos y que el mismo año 675 emigraron hacia el extranjero. Creo, y así lo espero, que se trata de un año excepcional, pero no se puede desconocer la seriedad del problema".

El doctor Alex Gerber, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Southern California estima que la entrada de médicos extranjeros representa para Estados Unidos una ayuda externa "inversa" de 430 millones de dólares anuales, proveniente en buena parte de países que difícilmente pueden costearla. A este ingreso anual se suma el ahorro de casi cuatro mil millones de dólares que

*Haile Aenege,
asistente médico
en Etiopía, dirige
un centro de salud
en su país y no
es probable que
emigre para
ejercer en otro
lugar.*



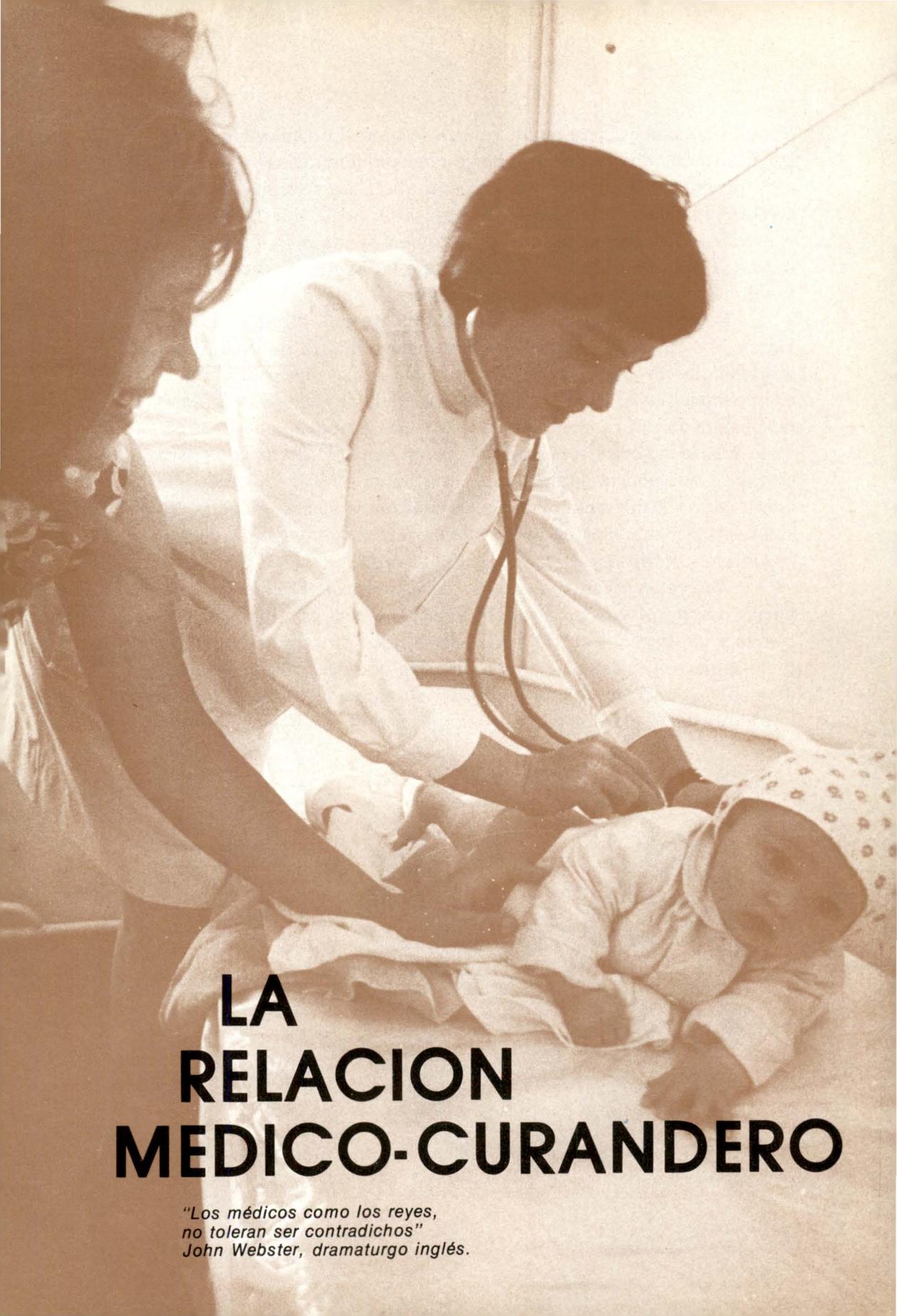
Estados Unidos hubiera tenido que invertir en el establecimiento de las facultades de medicina y hospitales universitarios requeridos para producir mas de 4000 médicos al año. “La continua fuga de cerebros médicos de los países en desarrollo hacia nuestras costas —escribe— no deja duda sobre quién ayuda a quién médicamente. Y esta flagrante ayuda externa a la inversa se está convirtiendo rápidamente en un descrédito para el país”.

Pero, es la fuga de cerebros realmente una fuga? El doctor Henry Mason, de la División de Educación Médica de la A.M.A., sostiene que no hay tal fuga. En su lugar aduce una sobreproducción médica que no encuentra lugar adecuado en sus países para el despliegue de sus capacidades. Los jóvenes graduados desean, obviamente, la mejor carrera posible y como han sido entrenados para ejercer lo que podría llamarse una “medicina de lujo” van al sitio donde existe su demanda. Los países avanzados vacilan en cerrarles sus puertas y aquellos en desarrollo en retenerlos luego de que su producción les ha representado un costo tan alto.

Parece sorprendente que los países pobres, al tiempo que negocian nuevos precios para sus recursos naturales, continuen produciendo y exportando gratis a los países ricos un recurso que ellos mismos necesitan tanto. Pero el prestigio que otorga una facultad de medicina occidental y el poder del monopolio son tales, que se puede prever la prolongación de esta situación por muchos años. □



*Algunas veces
médicos
estadineses y
europeos ejercen
en los países en
desarrollo. Pero,
cuánto
permanecerán allí
antes de regresar
a sus países?*



LA RELACION MEDICO-CURANDERO

*"Los médicos como los reyes,
no toleran ser contradichos"
John Webster, dramaturgo inglés.*

Existen muy pocas estadísticas sobre los errores de diagnóstico en la profesión médica. Menos aún las que comparen el diagnóstico y tratamiento de los médicos con aquel de los no médicos. La sola idea de tal comparación parece casi irreverente y poco ética. Sin embargo, los resultados de un estudio comparativo llevado a cabo en Shiraz, Irán, por el doctor Hossain A. Ronaghy, del Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad Pahlavi, son mas bien sorprendentes.

En el estudio, 244 pacientes fueron atendidos consecutiva y separadamente por un médico y por un "auxiliar" sin formación médica (un joven economista que había trabajado como coordinador de una clínica durante un año). Cada paciente fue visto primero por el auxiliar, que registraba sus impresiones y sugerencias para el tratamiento, y luego por el médico, que desconocía el "diagnóstico" del auxiliar. Los resultados fueron entonces comparados. En sólo cuatro casos el auxiliar pasó por alto un problema potencialmente serio, pero en ningún momento de vida o muerte.

La mayor parte de los médicos admitirá que aún para un médico profesional un margen de error inferior al 2% no puede considerarse excesivo. La comparación es inesperadamente favorable para el examinador no médico, pero el doctor Ronaghy reconoce que el número de casos no es suficiente para que el estudio pueda considerarse "estadísticamente significativo".

Un estudio similar, realizado en Guatemala por un estudiante graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Kentucky, reveló que los "curanderos" con pocas semanas de entrenamiento hacían diagnósticos y prescribían tratamientos adecuados en un 70% de los casos. El investigador anotó que algunas veces el tratamiento indicado era incompleto o era excesivo, pero que en ningún caso el paciente había sido perjudicado por un tratamiento equivocado.

En Irán un estudio realizado quince meses después de comenzar el experimento de Shiraz indica que en los pueblos donde hay trabajadores de salud la mortalidad infantil ha sido reducida a la mitad en comparación con sus vecinos que carecen de ellos.

Raro es el caso de los médicos que habiendo trabajado con auxiliares o habiéndolos visto trabajar, los encuentren inútiles o perjudiciales. El profesor Pierre Péne, director de la Unidad de Medicina Tropical de la Universal de Aix-Marseille y quien por mucho tiempo ha ejercido la carrera y la docencia en Africa, opina que los *médicos africanos* en desaparición han sido de enorme utilidad a sus países. En un estudio sobre 15 países africanos, el profesor Péne ha encontrado que la densidad médica de sus áreas rurales es de un facultativo por cada 30.000 ó 100.000 personas y concluye que “a pesar de los esfuerzos desplegados por los gobiernos, las áreas rurales padecen y padecerán por mucho tiempo de escasez médica. Es para estas áreas rurales que se debe formular y resolver, de manera realista, el problema de la formación y utilización de un personal médico auxiliar”.

Pero aún así, muy poco se ha hecho a niveles nacionales. Por qué? Según un estudio hecho en 1973 por la Organización Mundial de Salud sobre los métodos para promover los servicios básicos de salud: “En las áreas que tienen el mínimo de servicios de salud se aprecia un patrón de reducida utilización de estos servicios. Aunque existe una escasez de personal calificado a todos los niveles, son los países que tienen insuficiente personal los que exhiben la peor distribución interna del mismo y los que parecen tener la tasa mas alta de emigración... Ha habido pocos intentos ambiciosos por encontrar, introducir y supervisar servicios de salud compuestos básicamente de auxiliares responsables por la atención primaria. La idea del médico descalzo, por ejemplo, es interesante y merece mayor atención. Si los servicios periféricos cuentan con funciones técnicas definidas y compatibles con las metas nacionales, con supervisión adecuada, y con un sistema de referencia especializado y acorde con las necesidades de la comunidad, sería probable que el cubrimiento y la utilización de los servicios mejoraran y que su beneficio fuese mayor. Se puede decir que la forma de operación de tal servicio es ya conocida y que solo falta la voluntad nacional de acción y la manera de vencer la terca oposición de la medicina organizada”. □

*Abajo, un
trabajador
calificado de
salud en India
imparte
instrucción sobre
planificación
familiar.*



En la mayoría de los países que han iniciado programas con auxiliares médicos los resultados han sido satisfactorios. En Sudán, izquierda, un auxiliar médico comenta un caso con una partera. En Panamá, centro, el auxiliar de salud visita una familia campesina y se entera de sus problemas de salud.





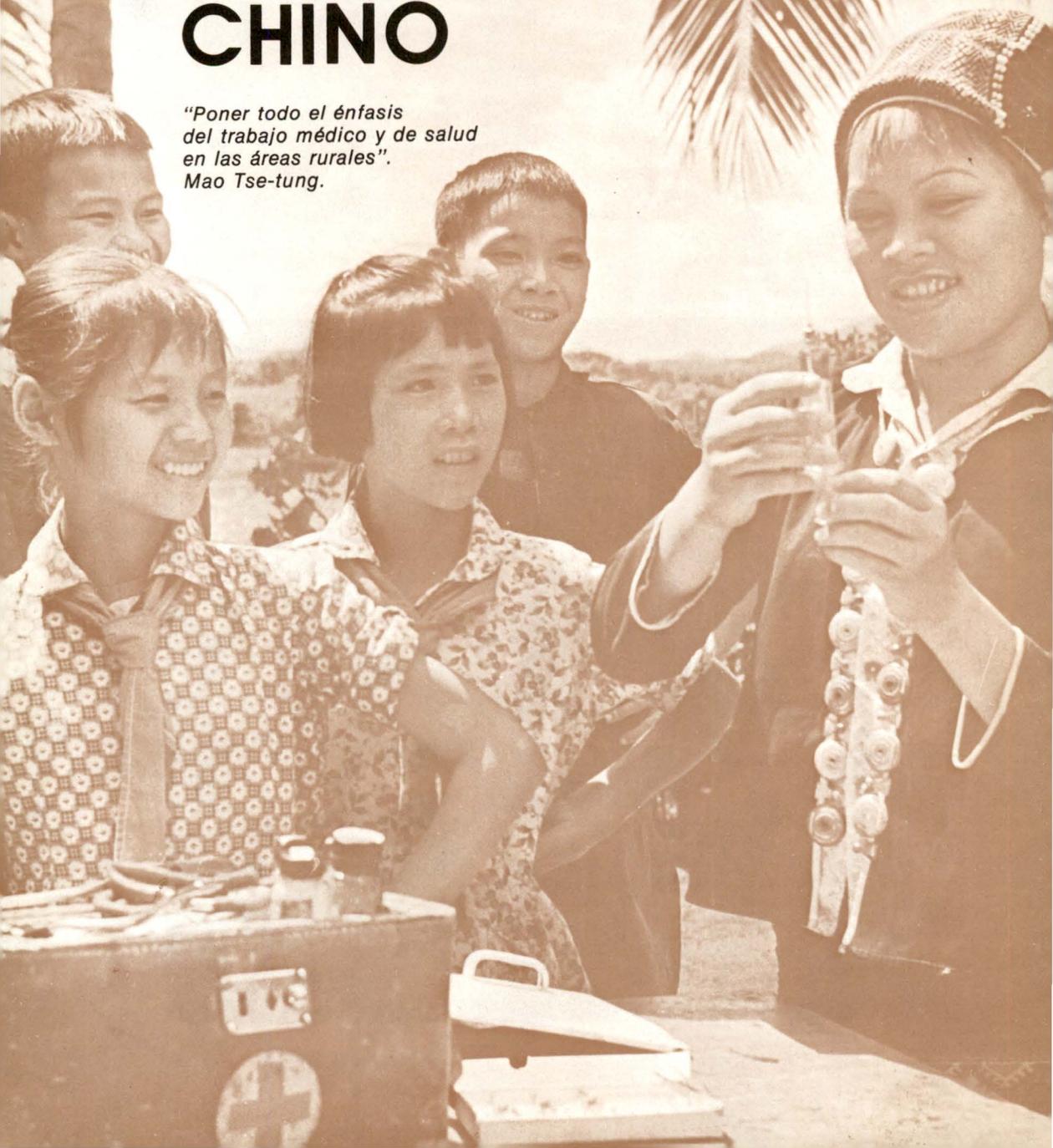
*Puesto de Salud
en el
Departamento de
Caldas, Colombia.
Con instrucciones
precisas el
auxiliar
contribuye a
vigilar y mejorar
la salud de su
comunidad.*

*En Afganistan también se han iniciado
programas de auxiliares. En la gráfica un
médico joven explica un procedimiento a un
trabajador rural de salud.*



EL CASO CHINO

*"Poner todo el énfasis
del trabajo médico y de salud
en las áreas rurales".
Mao Tse-tung.*



Para la mayor parte de los observadores occidentales, los acontecimientos que han llevado a la completa transformación y reorganización en la prestación de servicios de salud en China son tan misteriosos como el Oriente mismo. Los resultados sin lugar a dudas son sorprendentes. En pocos años un país "subdesarrollado", aislado totalmente de la civilización occidental, ha superado por sí solo la desnutrición crónica y ha puesto bajo control la mayor parte de las enfermedades epidémicas que lo asediaban en el pasado. La mortalidad infantil ha sido reducida en forma sorprendente, y algo que parece un programa nacional de planificación familiar ha entrado en operación. Durante el proceso el monopolio médico occidental fue destronado aunque muchos de sus logros han sido incorporados a un sistema de salud verdaderamente nacional que también ha aprovechado la experiencia de incontables generaciones de practicantes tradicionales.

No es necesario decirlo, China es un caso especial.

Semicolonial, semifeudal, sometida por largo tiempo a la influencia foránea y a la agresión extranjera, China en el siglo XIX estaba, hasta cierto punto, europerizada. En las grandes ciudades imperaba el sistema médico europeo y la revista médica china, *Chinese Medical Journal*, se imprimía en inglés. El modelo es bien conocido. Según el doctor Chu, del Ministerio de Salud, de 1927 a 1929 China capacitó unos 9.000 médicos y unos 140.000 trabajadores médicos relacionados.

Con el triunfo de la revolución en 1949 los cambios en el sistema de servicios de salud comenzaron paulatinamente a cobrar impulso. Un primer paso fue la introducción, en los años cincuenta, de la enseñanza y la práctica de la medicina tradicional china (acupuntura, moxa —o cauterización por medio de hierbas ardientes sobre la piel— y medicina herbácea) junto con la medicina occidental. Hacia 1958 China contaba con no menos de 13 universidades y varios centenares de escuelas secundarias capaces de engrosar con miles de graduados las filas de los 500.000 practicantes de medicina tradicional existentes en el país. Al mismo tiempo la medicina occidental alcanzaba un alto nivel y el país producía sus propias máquinas

Quién es el médico? En esta comuna china de la provincia de Guangdong, una de las mujeres en la fábrica de seda es médica descalza. Como otros miembros de la comuna, ella es remunerada según el trabajo que produce, pero dedica parte de su tiempo a las actividades preventivas y terapéuticas después de seguir un curso de pocas semanas ofrecido por los equipos médicos móviles.



cardiopulmonares, sus propias cámaras de oxígeno hiperbárico y sus propias drogas.

Pero el gobierno se dió cuenta de que “los llamados médicos de primera clase ignoraban la existencia de 500 millones de campesinos y servían solamente a las minorías urbanas”. En otras palabras, el modelo no se apartaba mucho del existente en las antiguas colonias.

Entonces, en menos de una década, la situación cambió completamente. En 1965 el presidente Mao pedía “poner todo el énfasis del trabajo médico en las áreas rurales”. Y ello no se quedó en el mero aforismo, sino que se convirtió en una política implantada rápida y efectivamente para vigorizar el sistema del “médico descalzo”, columna vertebral de los servicios actuales de salud en un país habitado por 800 millones de personas.

El nacimiento de los médicos descalzos

Parece que el término “médico descalzo” se usó por primera vez en 1965 en la comuna popular de Chiangchen, ubicada en las afueras de Shanghai. Para atender a su población de 28.000 personas la comuna contaba con una clínica y una docena de doctores y enfermeras. Al tiempo que atendía a los pacientes, el equipo médico comenzó la capacitación de campesinos jóvenes en diversas tareas médicas. Como los demás, estos muchachos devengaban en base a sus puntos de trabajo. Entonces, sin abandonar el campo, fueron dedicando tiempo al cuidado de sus compañeros quienes afectuosamente los bautizaron “médicos descalzos”. Sus ingresos son los mismos de cualquier agricultor aunque en ocasiones pueden ser ligeramente superiores.

En los años que siguieron, el sistema del médico descalzo se propagó rápidamente. El gobierno asignó mas fondos a la salud de las áreas rurales, de tal forma que la mayor parte de los recursos llegara adonde se encuentra precisamente la mayor parte de la población. (En este aspecto casi todos los países en desarrollo y también los industriales exhiben el fenómeno contrario: el “dinero para la salud” se destina en su mayor parte a las ciudades donde están los médicos).

Se calcula que unos 700.000 médicos y trabajadores de la salud se vincularon a los equipos móviles que recorrían las áreas

remotas del país, y que mas de 100.000 graduados médicos se trasladaron al campo. Los equipos móviles fueron dotados con instrumental portátil y ligero de manera que hasta intervenciones de alta cirugía se pudiesen realizar en las aldeas, bajo tiendas de campaña o en la casa del paciente cuando no se contara con centro de salud.

Los médicos jóvenes y los equipos móviles iniciaron la capacitación de nuevos médicos descalzos entre los campesinos y los muchachos instruidos de las zonas rurales. La selección es hecha generalmente por los mismos miembros de la comuna y aprobada por los dirigentes de las brigadas. Escogidos no solo por su formación sino también por su deseo de servir al pueblo desinteresadamente, los nuevos médicos descalzos tienen en promedio 20 años de edad y una formación primaria o secundaria.

La capacitación inicial, que va de tres a seis meses, es impartida en la comuna o en el hospital de la región por los equipos médicos móviles, o en las escuelas establecidas para tal propósito. Luego de practicar por un tiempo, los médicos descalzos reciben entrenamiento adicional y cursos de actualización que se realizan por lo menos una vez al año durante la época invernal, cuando el trabajo es menos intenso.

La preparación se concentra en la medicina básica y en el tratamiento y prevención de las enfermedades mas comunes en el área. No existe un curriculum establecido —este se adapta a las necesidades, a las condiciones de salubridad y al patrón de enfermedad de cada región— y la práctica está integrada con la teoría.

Los médicos descalzos aprenden el empleo de drogas occidentales comunes, de hierbas medicinales tradicionales, de acupuntura y de técnicas médicas simples como inyecciones, curaciones y primeros auxilios. Ellos practican la medicina preventiva y hacen inoculaciones, informan sobre las enfermedades contagiosas o estacionales, organizan campañas sanitarias y batidas masivas contra ratas, chinches, mosquitos e insectos. El médico chino, Profesor T.K. Lin, recuerda: “cada uno de nosotros, portero o rector universitario, debía llevar consigo un matamoscas y el impulso irrefrenable de exterminarlas. Cada cual tenía su cuota semanal para cumplir”.

Las médicas descalzas aprenden, además, el oficio de parteras, el cuidado materno-infantil, el uso de anticonceptivos y la práctica de abortos (el método aspiratorio es muy común hoy día en el campo y las ciudades).

El número actual de médicos descalzos en China sube de un millón. Muchos de ellos han sido elegidos miembros de los comités revolucionarios, y los mejores obtienen recomendación para seguir estudios médicos; luego de graduarse, la mayor parte regresa a su lugar de origen. Así, en pocos años, China ha mejorado notablemente la salud de una enorme población rural crónicamente enferma a lo largo de su historia. La viruela y el cólera parecen haber sido erradicadas totalmente; la leishmaniasis y la esquistosomiasis, enfermedades parasitarias otrora muy diseminadas, están bajo control.

Confianza en las propias capacidades

A lo largo de esta "revolución médica", el énfasis recayó en dos aspectos: la autodependencia y el agro. Durante la Asamblea Mundial de la Salud en 1974 el delegado chino, profesor Huang Chia-Szu insistió en ello repetidas veces: "Cada país debe empeñarse en hacer lo mejor con su trabajo de salud a nivel básico. En lo que a China respecta, un buen trabajo de salud a nivel básico significa primordialmente un trabajo de salud en las áreas rurales". Y agregó: "el gobierno y el pueblo chino han sostenido siempre que sólo después de obtener su completa independencia política y económica puede un país desarrollar ampliamente sus servicios nacionales de salud".

No parece que el sistema de los médicos descalzos chinos, como se ha desarrollado en su medio social, político y cultural, es exportable como tal. Lo que sí es exportable, sin embargo, es la idea de que los auxiliares médicos pueden ser de enorme utilidad en los países donde el médico occidental no corresponde a la realidad económica o cultural.

El entrenamiento de un auxiliar o de un médico descalzo puede ser cien veces más económico que el de un médico profesional. Si, además, este abandona su país o se instala en la ciudad para competir con otros médicos, en tanto que el otro permanece donde se le necesita, el cálculo de costos de salud resulta muy en favor del auxiliar. Y si un médico puede supervisar y colaborar con los trabajadores de salud estratégicamente repartidos en una zona, su efectividad se aumenta considerablemente. □



EL ESTRECHO MARGEN

"Debe existir un sistema de curanderos-legos cuya función primordial sea el cuidado general de la salud en su comunidad. La vanguardia estará constituida por individuos comunes, devotos y responsables que en corto tiempo y a bajo costo puedan ser entrenados en el reconocimiento y tratamiento de la mayoría de afecciones no curables por automedicación.

Ellos serán responsables consigo mismos, con sus pacientes y no con los grupos elitistas que pueden fijar precios o limitaciones a los servicios...

En tres meses un individuo puede ser capacitado en el reconocimiento y buen manejo de la mayor parte de los problemas de salud, remitiendo los problemas mas complejos a quienes tienen una formación más completa".

*Dr. Carrol Behrhorst,
Clínica de Chimaltenango, Guatemala*

Pedro Chacach, de 36 años, es un indígena Cakchikel descendiente de los mayas precolombinos de Centroamérica y uno de los hombres mas conocidos y respetados de su pueblo, San José Paoquil (3.000 habitantes) en el altiplano de Chimaltenango, arriba de Ciudad de Guatemala.

En su consultorio esperaban unos 20 pacientes. Chacach aplicaba una inyección de penicilina a un joven cuya mano herida mostraba señales de infección. El consultorio del curandero hacía parte de la casa, una construcción de piedra y adobe con el suelo apisonado, y en el había una mesa de madera con un mantel blanco y los símbolos ya tradicionales de la moderna profesión de curar: estetoscopio, jeringas, ampolletas, botiquín y un diploma en la pared. El costo por los servicios prestados —también tradicional en la profesión— se respetaba: 25 centavos (unos 25 centavos de dólar) por tratamiento, incluyendo la inyección de penicilina.

Un curandero para su pueblo

Chacach no es un médico graduado. Es bilingüe, habla tanto su dialecto nativo como el español que lee y escribe. Hace pocos años recibió un curso de tres meses sobre reconocimiento y tratamiento de los problemas de salud mas frecuentes en su comunidad. En el antiplano, habitado por unos 200.000 indígenas que en su mayoría sólo hablan los dialectos de la región, hay unos 50 curanderos semejantes con el título oficial y el diploma de “promotor de salud” para atender a una población en donde, hasta hace algunos años, entre un tercio y la mitad de los niños moría antes de los cinco años.

Con el tiempo es posible que un médico estilo occidental, un graduado de la Facultad de Medicina de Ciudad de Guatemala, comience a hacer visitas regulares a los pueblos o que se establezca un centro de salud en el vecindario. El promotor de salud se encontrará entonces en competencia con el médico graduado.

Algunos médicos guatemaltecos critican el sistema de los *promotores*. Uno de ellos no duda en sostener que el doctor Carrol Behrhorst, creador del sistema, debería ser expulsado del país. La verdad es que el doctor Behrhorst es un emigrante norteamericano que con celo misional ha establecido un sistema de salud en una comunidad indígena que el mismo aprendió a respetar. Desde luego, el sistema dista de ser perfecto; los promotores comenten errores y su conocimiento y habilidad son limitados. Pero a través de los años el sistema ha mejorado, y después de los terremotos de 1976 ha recibido elogios como una de las organizaciones mas eficientes en la prestación de primeros auxilios y atención médica en una zona donde los daños materiales y el número de víctimas se contaron entre los mas altos del país.

Las aldeas indígenas, con casas en su mayoría de adobe, fueron destruidas en buena parte, pero Chacach y muchos otros promotores continuaron trabajando en las tiendas de campaña levantadas durante la emergencia.

Un sistema de niveles

Guatemala, un bello país que atrae a numerosos extranjeros, ha iniciado por lo menos diez sistemas distintos de salud para las áreas rurales. El último, emprendido por el Ministerio de Salud con la asistencia técnica de otro médico norteamericano, el doctor E. Croft Long, consiste en el entrenamiento de "técnicos de salud rural" que al cabo de dos años de preparación serán asignados a las áreas rurales como empleados del Ministerio, bajo supervisión médica. Este personal constituirá un eslabón entre los promotores de salud y los médicos graduados y será parte de un sistema médico a varios niveles. Su costo de instalación y mantenimiento resultará mas económico que un hipotético cubrimiento de las necesidades del país con médicos profesionales que, a mas de formados, tendrían luego que ser persuadidos de quedarse en las áreas rurales.

Un modelo adaptado a las necesidades

Hoy dia docenas de sistemas semejantes se ensayan en el mundo. No existe para ellos un modelo predeterminado, estos tienen

que ser adaptados a las condiciones locales. El único patrón fijo probado universalmente es el del establecimiento médico occidental, y tan considerable inversión no ha dado los resultados esperados.

La importancia del contexto social en que opera un sistema de salud fue demostrada por el doctor Hossain Ronaghy, de Irán, quien entrenó a un grupo de habitantes rurales de su país a la manera de los médicos descalzos chinos. El resultado, sin embargo, no fue una cosecha de médicos descalzos iraníes.

“Los iraníes son un pueblo altamente individualista con una escasa tradición en empresas comunales, en tanto que los chinos cuentan con una larga trayectoria de cooperación mutua (como los trabajos de irrigación) que les ha sido imperativa dado el enorme poblamiento en los valles de los grandes ríos”, escribe el doctor Ronaghy. Quizás por esto el interés de los auxiliares iraníes (*komak behdars*) se concentró en la medicina curativa individual, en el diagnóstico y la prescripción de tratamiento, en tanto que los aspectos educacionales y sanitarios del trabajo, subrayados de manera especial durante el entrenamiento (y realizados en China con tanto éxito) suscitaron en ellos menos entusiasmo.

Los múltiples grados de capacitación

Si el sistema chino del médico descalzo no es exportable, sí lo es la idea del personal de salud capacitado a varios niveles, siempre y cuando estos niveles se adapten a las necesidades locales. El grado de entrenamiento de los auxiliares puede variar: semanas, meses, e incluso años, aproximándose en este caso a los niveles profesionales del médico occidental. En Yaounde, Camerún, se ha tomado este camino. Allí, en un curso de seis años se formaron médicos no exportables para trabajar en equipo con auxiliares y enfermeras. Sin embargo, algunos graduados de esta nueva escuela han expresado ya el interés de completar su entrenamiento en el exterior lo que, a menudo, es el primer paso hacia la emigración.

Y es que existe una fuerte tentación de superar el estrecho margen que separa a los graduados en medicina de otros trabajadores de salud, a causa del enorme prestigio asociado con aquellos ungidos por las facultades y academias de medicina. El médico, por el contrario, está menos tentado a ir más allá, de llegar a la superespecialización, en razón de que ya ha cruzado la línea divisoria y pertenece de hecho a las “filas de los caballeros”.

El estrecho margen, la repentina interrupción en la progresión de los posibles niveles de habilidad y conocimiento ha creado distinciones de clase y contribuye a perpetuar el monopolio. La utilidad social, la capacidad o la dedicación del “curandero” no son consideraciones que intervienen en esta distinción.

La eliminación de esta brecha artificial y el pleno reconocimiento de los trabajadores de salud no médicos puede contarse entre los prerequisites importantes para la creación de un sistema efectivo de salud. He aquí como el doctor Simon Bedaya-Ngaro, director de Salud Pública y Asuntos Sociales de la República Centroafricana, visualiza la importancia del “asistente médico” a quien considera un miembro en propiedad del equipo de salud: “escogido y entrenado a un nivel mas alto que el de la enfermera pero mas bajo que el del médico, el asistente debe saber cómo dirigir y supervisar a aquellas, y en qué forma asistir y ayudar a éste. En caso de necesidad debe estar en condiciones de reemplazar al médico con una precisa delegación de autoridad... Debe estar listo para actuar independientemente en los lugares donde no existan los médicos... En el momento de jubilarse su pensión y privilegios deberán ser comparables a los de un médico en mitad de su ejercicio. Es preciso que el sepa que tiene por delante una carrera remunerativa y que estará cumpliendo un papel importante en la construcción de un mejor futuro para su país”.

El camino a la reforma

Un sistema semejante no desconoce el papel de los médicos como miembros esenciales del equipo. Pero cuando los doctores escasean, su competencia no debe malgastarse en tareas que otros pueden igualmente realizar.

La reorganización de un servicio nacional de salud, frente a un orden médico poderoso y establecido, es en verdad una tarea difícil, casi revolucionaria. China lo ha hecho en relativamente pocos años, gracias a un sistema político muy particular y aparentemente inexportable.

Otro país, Irán, que se encuentra en la posición de ser una nación rica en desarrollo, planea reformas rápidas y prontas. En 1974 el profesor Anushirvan Pouyan, Ministro de Salud, anunció

que se había aprobado el presupuesto necesario para la formación de 50.000 auxiliares con el objeto de prestar atención básica de salud a la población rural, cercana a los 20 millones de personas repartidas en unas 55.000 aldeas. El proyecto contemplaba la capacitación de enfermeras, enfermeras asistentes, asistentes médicos y trabajadores de salud.

Teherán ha creado una licenciatura en ciencias de la salud, programa que abarca tres años de trabajo de campo e instrucción teórica. Existen además planes para crear una escuela médica, verdaderamente revolucionaria, que otorgue grados médicos a los estudiantes al cabo de tres años de estudios teóricos y otros tantos de práctica rural. El proyecto es revolucionario porque permitirá a los egresados romper el monopolio médico luego de cursar estudios programados en respuesta a las necesidades específicas locales y no diseñados a la manera del establecimiento médico internacional.

En Suramérica hay varios proyectos en curso. En el Departamento de Caldas, en Colombia, mas de 200 mujeres han sido entrenadas en el reconocimiento y tratamiento de los síntomas de las enfermedades comunes en el área. Ellas trabajan en las zonas rurales como parte de una red que involucra enfermeras graduadas en los puestos de salud y doctores ubicados en hospitales rurales o en función ambulatoria por los puestos remotos de salud. El doctor Humberto Montoya, de manizales, señala que hay un descenso considerable en la incidencia de enfermedades típicas de las áreas rurales en desarrollo.

Otro proyecto colombiano en el área de salud es el de CIMDER, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural, que opera en el norte del Departamento del Cauca y se apoya en el trabajador voluntario de salud como vínculo entre las comunidades rurales y los hospitales o centros de salud. Por su parte el Ministerio de Salud ha implantado ahora un programa nacional de salud que bajo el nombre de MAC (Módulos Anuales de Cobertura) combina diversos trabajadores paramédicos, así como niveles de delegación y referencia.

En Venezuela existe desde hace varios años un programa de medicina simplificada. Como estos hay docenas de ejemplos.

Y es que ya muchas naciones, desarrolladas o en desarrollo, se han hecho conscientes de que los enormes adelantos de la ciencia médica no están siendo puestos al servicio de quienes mas los ne-

cesitan. Ellas saben, igualmente, que no basta con el aporte tecnológico sino que es necesario distribuir sus beneficios. Solo así podrá un día alcanzarse el objetivo fundamental de la medicina: cuidar de la salud, no simplemente acumular conocimiento. □

El aislamiento de las comunidades rurales, donde vive un alto porcentaje de la población del Tercer Mundo, hace imposible una cobertura de salud con médicos graduados. En la foto un auxiliar del programa de medicina simplificada de Venezuela instruye en salud a una comunidad indígena piaroa.

Los indígenas guatemaltecos deben viajar por horas para llegar a esta clínica de Chimaltenango. En algunos pueblos se ha desarrollado un sistema de promotores de salud.

Fotografías:

cubierta	S. Clerget-Vaucouleurs
4	Naciones Unidas
7	N. Mckee, CIID
8	A. Dorozynski, CIID
14	Naciones Unidas
16	A. Dorozynski, CIID
18	Naciones Unidas
19	A. Defever, FAO
20	Naciones Unidas
22	Naciones Unidas
24	T. Page, FAO
25	Vaughan-Whitehead, FAO
26	F. Boots, FAO
27	FAO
sup. 30	OMS
inf. 30	R. Violet
31	R. Violet
32	OMS
38	Almasy, OMS
40	OMS
42	Almasy, OMS
43	S. Clerget-Vaucouleurs
44	J. Mohr
sup. 47	E. Schwab, OMS
cent. 47	N. Mckee, CIID
inf. 47	E. Schwab, OMS
48	J. Rojas, CIID
49	OMS
50	Hsinhua, Agencia de noticias
52	H. Henle, FAO
56	A. Dorozynski, CIID
sup. 62	N. Mckee, CIID
inf. 62	S. Clerget-Vaucouleurs

Diseño original: Sabine Clerget-Vaucouleurs
Adaptación de diseño en la versión española: Jaime Rojas
Traducción del inglés: Stella R. de Feferbaum

Publicación del CIID
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Programa de Publicaciones,
Edición de 5000 ejemplares
Impresa en Malaver & Cía. Ltda.
Bogotá, febrero de 1977

