

## Sobre el concepto de Medicina Social

*Manuel Evangelista Benítez (\*)*

Con gran frecuencia se utiliza el término de Medicina Social siguiendo orientaciones diversas, no siempre en consonancia con su realidad conceptual. Muchas veces se entiende por Medicina Social el ejercicio de la medicina en los Servicios Sociales, concretamente en el Seguro de Enfermedad, originándose confusiones que determinan, de una parte, el que no queden completamente claros los conceptos que presiden las funciones acogidas por el Seguro de Enfermedad, y, de otra, que quede sin definir, o al menos desdibujado, el propio concepto de lo que entendemos bajo el término de Medicina Social.

Esto en parte ha sido motivado por el hecho de que con los Seguros Sociales, y con la propia evolución del saber y la práctica médica, ha adquirido el ejercicio profesional de la medicina características especiales, importadas por la planificación y organización previa a la aplicación colectiva del mismo.

En Alemania, el concepto de Medicina Social parece surgir en directa derivación de los regímenes de los Seguros Sociales, representando lo que se dio en llamar medicina colectiva, a la que se agregaron posteriormente las aplicaciones médicas que llevaba incorporada la legislación social y las implícitas en las leyes de protección obrera.

En los países anglosajones, la Medicina Social fue llamada Sociología Médica, en tanto en cuanto estudiaba las proyecciones sociales que la medicina, y concretamente la aplicación del saber médico, tenía sobre otras ramas de la Sociología que exigían la colaboración del médico.

Nos parece cada día más clara la conveniencia de señalar los límites conceptuales de lo que entendemos por Medicina Social. Esta debe ser distinguida de la Higiene, orientada fundamentalmente al mantenimiento y promoción de la salud física y mental. De la Medicina Preventiva primariamente dirigida hacia la profilaxis de la enfermedad. De la Medicina Curativa casi exclusivamente orientada al diagnóstico clínico y al tratamiento de los enfermos y, finalmente, de lo que podemos llamar Medicina Reparadora,

---

(\*) Prof. de Medicina Social y Director de la Clínica Universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Miembro de la Inspección Médica de Servicios Sanitarios del Seguro Social de Enfermedad.

dirigida a la recuperación, rehabilitación o readaptación del disminuído.

La Medicina Social ha sido objeto de múltiples definiciones. René Sand recogió más de 50, y él mismo ha utilizado este término según acepciones diversas, en cierto modo expresivas de que cada época o cada civilización han importado su propio concepto de Medicina Social.

Para Sand, la Medicina Social sería la parte de las Ciencias Sociales orientada al estudio de los factores médicos que se plantean en las cuestiones sociales, o al estudio de los factores sociales implícitos en las cuestiones médicas.

Para Crew, sería la Ciencia Médica en sus relaciones con los grupos sociales. Para Reverdy la Medicina Social vendría representada por la integración del Acto Médico en una disciplina colectiva.

Para Germinal Rodríguez, la Medicina Social quedaría definida por su objeto, representado en la puesta en marcha de los medios colectivos al servicio de la protección y mejoramiento de la salud de los individuos de la sociedad humana.

Para nosotros, la Medicina Social es una especialidad médica, orientada al estudio de los fenómenos sociales implícitos en la enfermedad del hombre concreto, en la doble vertiente tanto de su repercusión colectiva, como de la que la colectividad tiene sobre el hombre y su enfermedad.

La Medicina Social atiende, pues, al estudio de la enfermedad individualmente, en tanto en cuanto ésta tiene una problemática repercusión sobre la colectividad, y esta última, la sociedad, la tiene sobre la génesis y el curso de la enfermedad. La Medicina Social acoge, sin modificarla, la totalidad conceptual de la medicina en todo su significado y con sus múltiples implicaciones sociales, y lo hace desde su origen, en un plano individual, hasta sus más remotas repercusiones en el plano social.

Por esto, la Medicina Clínica y la Me-

dicina Social íntimamente se complementan; aquella, que consideraba al individuo en aislada abstracción, va conceptualándolo ligado al medio, según un proceso de integración continua y progresiva.

No cabe duda que la trascendencia social que la enfermedad siempre ha tenido, y que ha hecho que el quehacer del médico siempre haya sido social, es especialmente acusada en la actualidad, ante una nueva estructura social y un nuevo orden económico, que exige de la medicina la atención de los fines que determina el nuevo orden social.

Paralelamente a la ampliación y perfeccionamiento de los medios técnicos, diagnósticos y terapéuticos de que hoy dispone el clínico, han aumentado las obligaciones y responsabilidades del Médico, a consecuencia, por una parte, del más amplio alcance de la función médica determinado por el desarrollo de la medicina preventiva y, de otra, por los cambios operados en el orden social. El médico necesita saber por qué, en qué medida y de qué forma, ha de colaborar en una acción sanitaria y social colectiva, y la formación que recibe, sobre todo en la Universidad, ha de ponerle en condiciones de asumir esta nueva responsabilidad.

La Medicina Social se nos presenta así como una etapa necesaria en la evolución de la ciencia médica. El diagnóstico social complementa el diagnóstico clínico; el tratamiento social ayuda en manera muy directa al estricto tratamiento médico. La Higiene Social consolida y robustece la higiene individual y pública.

Sería incompleta la labor del médico si se orientase a la protección de la salud solo desde el punto de vista de la Higiene y de la Sanidad, sin tener en cuenta las condiciones de vida y de trabajo y los factores económicos y sociales, de tan decisiva importancia. En la actualidad sería esta actitud tan absurda como la

de una Administración que interviene a fondo en las cuestiones sociales, sin prestar al mismo tiempo, y en la misma medida, la atención debida al mejoramiento de la asistencia médica, de la higiene y, con ellas, de la salud tanto física como mental de los miembros de la colectividad.

La Medicina Clínica y la Medicina Social persiguen idénticos objetivos, con técnicas diferentes pero absolutamente complementarias e imprescindibles, con arreglo al estado actual del saber y de la técnica médica. Por ello la Medicina Social más que un capítulo es un aspecto actualizado de la Medicina Clínica con el mismo espíritu y la misma individualidad.

Esta función social han de ejercerla todos los médicos en su diaria actividad, lo mismo ante las familias a quien prestan asistencia que ante la colectividad.

El médico que ha recibido una preparación adecuada y adquirido una noción clara de la Unidad de la Medicina, comprende mejor la mayor amplitud de las funciones que debe asumir en la actualidad, dándose cuenta de que sus inquietudes médicas individuales van adoptando un alcance e intencionalidad colectivos.

La Medicina Social completa la actuación médica individual con nuevas proyecciones que multiplican su eficacia y el grado de penetración social de la misma, aplicando una preceptiva general adaptada a las condiciones y necesidades específicas de cada lugar. Esta, en su contenido, en su práctica y en el alcance de su enseñanza, ofrece unas peculiaridades nacionales, muy relacionadas con el orden sanitario, social y económico de cada país, con su estructura social y política, con su historia y tradiciones y con la mayor o menor importancia de las diferentes enfermedades que caracterizan lo que podríamos llamar la patología social de cada país, modificando, aunque no

substancialmente la importancia y naturaleza de sus problemas médico-sociales.

La Medicina Social completa, como hemos dicho anteriormente, la actuación médica individual con nuevas proyecciones, actualizando continuamente sus conocimientos y las normas que presiden la aplicación de los mismos, y adaptándolos al ritmo que reclama el progreso médico y social de cada país.

Como afirma Parisot, su finalidad y sus medios, en algún caso colectivos, no eluden la necesidad de proceder ante el enfermo, individualmente considerado, conforme a las reglas de la medicina privada, ni, por apellidarse Social, puede dejar de ser profundamente humana.

El Acto Médico Social es individual, el enfermo es uno, pero esa unidad está situada en un medio colectivo, que no puede dejar de ser considerado por el Médico en la actualidad.

De ahí que en la formación del Médico ha de tenerse en cuenta la necesidad de colocarle en situación de valorar junto a las influencias del medio físico las del medio social. En caso contrario, la eficacia de la función del Médico podría quedar disminuída, y su gestión incluso podría ser peligrosa para la sociedad.

La Medicina, que como cualquier otra actividad no ha podido permanecer ajena a las transformaciones operadas en el orden social, ha experimentado profundos cambios en su ejercicio.

Hace cincuenta años, un enfermo con una endocarditis reumática y su correspondiente lesión valvular, un diabético, o un adisoniano, solo planteaba al médico un problema de medicina clínica: Diagnóstico clínico y etiológico de la enfermedad, diagnóstico funcional y tratamiento.

En la actualidad la patología clínica cubre sólo una parte de la realidad; no basta el diagnóstico clínico y la medicación es sólo un aspecto parcial del tratamiento. La buena práctica clínica segui-

rá basándose sin duda en la amplitud y perfección de los conocimientos técnico-médicos, pero ya no puede quedar excluída la valoración de la relación entre el enfermo y el medio que le rodea; en caso contrario esa práctica clínica será incompleta. Como ese medio directa o indirectamente es fundamentalmente social, el diagnóstico clínico no será completo si no se acompaña del correspondiente diagnóstico social, y la orientación terapéutica será insuficiente si no se acompaña de la correspondiente terapéutica social.

En la actualidad, ese enfermo con una lesión valvular, diabético o adisyoniano, plantea al médico múltiples problemas, que desbordan el perimundo que rodea el lecho del enfermo, y con los que es imposible sintonizar siguiendo criterios técnico-clínicos con carácter exclusivo. Entre ellos los de si el enfermo es un asegurado social, y por tanto si la Seguridad Social ha de intervenir en aspectos financieros o de control; si está indicada la asistencia hospitalaria; si paralelamente a la asistencia médica precisará una asistencia social; cuáles son los factores sociales y económicos que inciden, peculiarizándolo, en el problema clínico, condiciones de trabajo, vivienda, alimentación, etc.; si existe incapacidad laboral y si ésta es absoluta o relativa, temporal o definitiva; si posteriormente ha de ser dirigido a un centro de convalecientes; si precisa de prestaciones sociales complementarias.

Estos enfermos plantearán después un problema de reeducación o de reorientación profesional y en cualquier caso de determinación del grado de capacidad laboral compatible con las exigencias laborales de su profesión habitual, o habrán alcanzado una situación de invalidez que reclama igualmente orientación sanitaria y social.

Uno de los aspectos sociales sistemáticamente incorporado a la actuación del médico en la actualidad, es el de la va-

loración de la situación de capacidad o incapacidad del enfermo para su trabajo habitual durante su situación de enfermedad; ello le obliga a coordinar armónicamente criterios estrictamente clínicos, con otros resultantes de la valoración de aspectos fundamentalmente sociales, entre ellos esencialmente los determinados por la consideración del hombre como sujeto de la enfermedad, del hombre como trabajador y del medio ambiente en que el hombre se desenvuelve y en su triple proyección, familiar, de trabajo y social, factores humanos fisiológicos y psicológicos, condiciones de trabajo y ambiente, factores materiales, instrumentos, medios de transporte, salario, etc., etc.

El enfermo adisyoniano, por ejemplo, obliga al médico a una muy detenida valoración de la repercusión de las exigencias laborales profesionales en cada caso sobre las alteraciones metabólicas típicas de estos enfermos, por ejemplo, la alteración profunda del metabolismo electrolítico, determinante de la hipocloremia, hiposodemia, hiperkaliemia, aumento del valor hematocrito y tendencia acidótica del adisyoniano, tan influenciados por razones de esfuerzo o actividad muscular inherente al trabajo habitual; las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, determinante de la tendencia hipoglucémica de estos enfermos, o del proteico, en el que como dato claro de valoración en este sentido que comentamos, puede ser útil la consideración de las creatinurias marcadas de estos enfermos en estrecha relación con la intensidad del trabajo muscular que realizan.

Lo mismo podríamos decir del enfermo diabético, ante el que, junto a la valoración de sus síntomas clásicos, del mayor o menor grado de compensación clínica o insulínica, y aquellos otros síntomas de afectación circulatoria, renal, neurológica, infectiva, etc., que malignizan su evolución clínica, no puede dejar el médico de considerar lo que representan las exigen-

cias laborativas en cada caso particular, en la valoración de su capacidad o incapacidad, o del eventual potencial morbígeno de su trabajo en cada caso concreto.

Vemos pues, a través de las líneas que anteceden, en las que sólo hemos aludido a algunos aspectos sociales muy parciales y concretos del quehacer médico actual, como lo que antes quedaba limitado al tradicional singular coloquio, de finalidad exclusivamente clínica, diagnóstica y terapéutica, hoy ha determinado la intervención de la Asistencia Social, del Servicio Social, de la Seguridad Social, del Hospital, de los Centros de Recuperación y Convalecencia, de la Medicina del trabajo, de la Legislación, etc., etc. Ha surgido así una clínica social íntimamente unida en su ejercicio a la práctica clínica general y a la práctica clínica especializada. Paralelamente a todo esto han surgido múltiples cuestiones de orden estadístico, de geografía patológica, de patología general social, de prevención, cuestiones de orden económico, etcétera, etc., que hacen que el médico tenga la necesidad de tener al mismo tiempo que un sentido clínico, un sentido ecológico que le permita valorar la interrelación del hombre y del medio, con sus elementos de orden físico, biológico y social, y, entre estos últimos, factores económicos, psicológicos, educativos, profesionales y sanitarios.

Lo que la sociedad pide hoy a la medicina no puede quedar reducido al ámbito de la relación médico-enfermo; ésta, sin perder su estructura, ha quedado trascendida por deberes colectivos para con la sociedad que recaen sobre la profesión médica, y que ya van siendo tenidos en cuenta en la actual organización de la enseñanza de la medicina.

#### LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA SOCIAL

Si analizamos las tendencias que se

aprecian en la evolución de los planes de estudio de las facultades de medicina en las universidades europeas, podemos señalar como tendencia bastante general en estos últimos años la del aumento del tiempo dedicado a las enseñanzas de Higiene, Medicina Preventiva y Medicina Social, y la creación de cátedras de Medicina Social independientes de las Cátedras de Higiene y orientadas a la enseñanza del licenciado y del post-graduado.

En un informe de la Real Academia de Medicina Belga recogido por la O.M.S. se dictaban los criterios que se podían estimar como prevalentes en la enseñanza de la medicina actual. En dicho informe se decía:

“La evolución de la ciencia y de la práctica médicas, lo mismo que la de las leyes y las instituciones, mueve a dedicar cada vez más importancia a la formación del personal médico y auxiliar en los aspectos preventivos y sociales de la profesión, que pueden señalarse a la atención del estudiante en la mayor parte de las lecciones teóricas y de los períodos de prácticas”.

En Bélgica, la Universidad de Bruselas, en el sexto año de la licenciatura de medicina incluye la cátedra de Medicina Social, con plena autonomía y absoluta independencia de la de Higiene.

Las Facultades de Medicina de Bruselas, Gante, Lieja y Lovaina incluyen la Medicina e Higiene Social en los planes de enseñanza post-universitaria.

En Dinamarca, las Facultades de Medicina de Aarhus y Copenhague enseñan con carácter sistemático la Medicina Social e incluso las cátedras clínicas incluyen en sus programas los aspectos sociales y jurídicos de la medicina actual, dejando a la cátedra de Medicina Social la función de consolidar y revisar los aspectos preventivos y sociales de la medicina en el último año, e induciendo en el estudiante el convecimiento de que la práctica clínica no es más que una parte

tantes Facultades de Medicina españolas se desarrolla en el último curso de la licenciatura, a través de las cátedras de Higiene y Sanidad, la enseñanza de la Higiene en su sentido clásico, orientado fundamentalmente hacia la ciencia sanitaria y a los aspectos teóricos y prácticos de la salud pública, saneamiento del medio, y medicina preventiva, siguiendo el esquema que plantean las luchas sanitarias establecidas en nuestro país al amparo de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944.

En estas cátedras de Higiene y Sanidad no son abordados aspectos importantes del contenido actual de la Medicina Social, y posiblemente por permanecer hasta un cierto punto invariables en su contenido docente, son consideradas por nuestros estudiantes como asignaturas en cierto modo de carácter secundario.

En contraste cada día más acusado con las directrices que hemos visto presiden la enseñanza de la Higiene y de la Medicina Social en la mayor parte de las Universidades Europeas, nuestras Facultades de Medicina, en términos bastante generales mantienen la enseñanza casi exclusivamente centrada en el diagnóstico y la terapéutica. La Medicina Social, la Higiene y la Epidemiología Sociales, la Sociología Médica, el estudio de los cambios operados en la asistencia médica y las nuevas formas de ejercicio profesional surgidas con los servicios sociales, Seguros Sociales, y la Seguridad Social, los cambios operados en la doctrina y contenido de la Beneficencia, los métodos en definitiva de la Medicina Social y sus relaciones con las restantes ciencias sociales, no están todavía oficialmente representados en nuestras Facultades de Medicina, en las que incluso la Higiene está bastante olvidada en su estimación, y languidece bajo la protección de la Microbiología; con ello las nuevas generaciones profesionales abandonan las aulas con una estimable for-

mación doctrinal teórica y práctica en el orden de la medicina científica, pero con una marcada ignorancia de la sociedad en que se va a desarrollar su destino profesional, así como de las nuevas proyecciones que ha adoptado el ejercicio profesional de la medicina en la actualidad y de las nuevas formas de dicho ejercicio que como consecuencia han ido surgiendo.

Son diversas las tentativas que últimamente se vienen planteando en orden a la modificación del plan de estudios de la medicina, con la pretensión de dar un más profundo contenido sanitario a la enseñanza, pero a nuestra manera de ver no basta con esto; la Medicina Social debe alcanzar autonomía e independencia, tanto en los aspectos teóricos como prácticos de la enseñanza, en relación con la Higiene y Sanidad, ya que el contenido de su enseñanza, el alcance de su proyección y la especial preparación que requiere su profesorado, aconsejan su separación de la Higiene.

Los cambios operados en el orden social y el influjo de estos cambios sobre el ejercicio de la medicina, que va incorporando las ideas y hechos sociales, técnicos y económicos que perfilan el nuevo orden social, obliga a la organización de la enseñanza de la medicina de otra manera, pues vamos alcanzando la evidencia de que solo formando al médico social, científica y moralmente podrá tener realidad el ejercicio de la medicina que demanda nuestra sociedad.

#### EL ALCANCE Y CONTENIDO DE LA MEDICINA SOCIAL

La Medicina Social, en su práctica, y en el contenido de su enseñanza, comprende a nuestro entender diversos capítulos, en los que no es posible eludir el alcance demográfico, estadístico, antropológico, ecológico, higiénico y laboral de esta materia.

Estos capítulos, esquemáticamente, y a efectos de sistematización, son los siguientes:

### I. *Fisiología Social.*

En este capítulo han de ser consideradas con criterios médico-sociales todas las cuestiones referentes a la estructura de la Sociedad. Relaciones entre la medicina y la sociedad. Aspectos sociológicos directos o indirectamente relacionados con la medicina: Cuestiones económicas, jurídicas, éticas, religiosas y políticas. Teoría de los cambios sociales. Estructura social y significación de determinados grupos sociales. Problemas de población; vivienda y urbanismo. Alimentación. Factores educativos y culturales. Trabajo. Oficio y salarios. Presupuesto familiar. Factores demográficos. Desarrollo social del individuo. Problemas de la juventud y de la vejez. Familia, etc., etc.

En sentido más concreto todo lo referente a Sociología Médica, fundamentalmente, y en toda su amplitud, el análisis intelectual de los cambios operados en la medicina y su ejercicio a consecuencia del progreso científico y de las nuevas ideas, hechos y realidades sociales. Estudio de las nuevas formas de ejercicio profesional de la medicina.

### II. *Fisiopatología Social.*

Este capítulo comprende el estudio y análisis de todas las causas de alteración del organismo social. Factores de morbilidad y mortalidad. Enfermedades sociales. Patología general de las enfermedades sociales. La evolución de la Patología. Causas etiológicas sociales: Influencia del medio social, situación económica, profesión, vivienda, paro. Alcoholismo y toxicomanías. Fatiga. Déficit alimenticios. Clínica de la adaptación e inadaptación sociales. Trabajo de mujeres y niños. Trabajos nocturnos. Factores técnicos o de civilización capaces de influir en la evolución de la Patología. Con-

cepto actual de la salud. Salud y civilización. Enfermedades profesionales. Tecnopatías. Accidentes de trabajo. Problemas clínicos y sociales de la invalidez.

### III. *Clínica y Diagnóstico Médico-Social.*

La Clínica Social. Patología y Clínica de las enfermedades sociales. El acto médico como acto médico-social. Investigación y estudio de casos concretos. Visita domiciliaria. La estadística social demográfica. Biometría. Encuesta Social. La Clínica Social individual en Medicina General y en la asistencia especializada. La Clínica Social Hospitalaria. Aspectos sociales de las Luchas Sanitarias. Psicología Social. Pediatría y Gerontología sociales. La Clínica Social en el enfermo crónico: Enfermedades de larga duración. Aspectos sociales clínico-diagnósticos en la actualidad.

### IV. *Terapéutica Social.*

Seguridad Social. Beneficencia. Evolución de las ideas benéficas. Beneficencia potestativa y beneficencia legislativa. Asistencia Social. Seguros Sociales. Instituciones Sociales. Servicio Social. Organización y administración de los servicios médicos y sanitarios sociales. Seguro de Enfermedad. Seguro de accidentes de vejez y paro. Subsidios familiares. Organización y funcionamiento de las instituciones y servicios médico-sociales. El actual concepto de hospital. La técnica y la administración hospitalaria en la actualidad. El servicio social hospitalario. El trabajo en equipo y la medicina de grupo. La especialización en medicina y el mantenimiento de la cultura general médica. Lo que la sociedad y el enfermo esperan del médico. El futuro de la enseñanza y de la profesión médica.

### V. *Profilaxis Social.*

La profilaxis social individual, en la comunidad y en los grupos que la inte-

gran. Higiene social. Eugenesia. Puericultura social. Luchas sociales. Centros de salud. Exámenes médicos periódicos. Política social. Legislación médica, sanitaria y social. Política demográfica y asistencia social. Socialización y medicina. Organización social y sanitaria española. Organización y organismos permanentes internacionales. Educación sanitaria y social.

---

Vemos, pues, a través del esquema que antecede, cómo el contenido doctrinal que ha de abordarse en la enseñanza de la Medicina Social justifica, aún teniendo en cuenta sus relaciones con la Higiene y la Sanidad, su individualidad y autonomía docente.

La tendencia en estos últimos años a la fundación de cátedras de Medicina Social en gran número de las Universidades Europeas es a nuestro entender bastante significativa, porque sin perjuicio de la influencia que en ello han tenido circunstancias de índole puramente local, a nuestro juicio en esta determinación también han influido razones de principio, fundamentalmente las de valoración de la necesidad de estas nuevas enseñanzas, para la actualización de la formación del médico, y muy especialmente la consideración del interés que en la actualidad ofrece el estudio de los importantes aspectos sociológicos que la sanidad y la medicina tienen planteados.

En los países antes citados, los primeros en darse cuenta de la necesidad de las cátedras de Medicina Social fueron los propios profesores de Bacteriología e Higiene, a quienes se hacía evidente que las enseñanzas y las investigaciones propias de la Medicina Social, escapaban a su formación y competencia respectiva.

Nosotros admitimos las estrechas relaciones que existen entre Medicina Social e Higiene, pero vemos cada día más clara la necesidad de su separación do-

cente y, por supuesto, la de evitar la confusión entre ellas. Para algunos la Medicina Social sería equivalente a la Higiene Social y, como ella, estaría fundamentalmente orientada a la prevención de las enfermedades sociales y al saneamiento del medio. Sin embargo, a nuestro entender, así como la Higiene Social de hecho debe ser considerada, y así la consideramos nosotros, como uno más de los capítulos de la Medicina Social, la Higiene, como tal, no puede pretender absorber el concepto y las materias que integran el contenido de la enseñanza de la Medicina Social.

Por otra parte, si tenemos en cuenta que la consideración de una cátedra universitaria no solo depende de su eficacia docente, sino de la contribución que aporta con su función investigadora al progreso científico, la individualidad de la cátedra de Medicina Social nos resulta mucho más evidente, sobre todo si consideramos el amplio campo docente y de investigación de la misma, doctrinalmente tan diverso, en muchos aspectos, del de la Higiene, y tan ligado en cambio a los servicios de asistencia médica, hospitalarios y sociales.

La Higiene depende directamente de las ciencias básicas, de la Química, de la Fisiología, de la Bacteriología, de la Estadística Matemática, tanto en lo que se refiere a sus métodos de trabajo como a la interpretación de los hechos. La Medicina Social, en cambio, ha de estar asociada a la Medicina Clínica; su enseñanza y su función investigadora han de estar basadas en la aplicación de los resultados de la investigación clínica y en el análisis de sus repercusiones sociales. Su práctica se desenvuelve en la Clínica, manteniendo estrecho contacto con otros servicios de asistencia social y otras instituciones sociales.

Por ello en esto reside a nuestro entender la auténtica divisoria conceptual entre la Medicina Social y la Higiene (lo

que no elude la necesidad de estrecha y recíproca relación entre ambas) el Profesor de Higiene ha de ser un técnico, con conocimientos especiales de Bacteriología, Epidemiología, Virología y diversas técnicas sanitarias; su puesto de trabajo es el Laboratorio.

El profesor de Medicina Social, en cambio, debe de ser un clínico; ha de partir en su estudio del problema clínico individual; su puesto de trabajo es el hospital, el servicio clínico en definitiva; por eso la Medicina Social nace en la Clínica.

La Medicina Social está igualmente relacionada con la Medicina Preventiva, pero solo en la misma medida y por el mismo mecanismo, en virtud del cual no es posible hoy establecer unas fronteras entre la acción curativa y la preventiva, o, lo que es lo mismo, entre la Medicina Clínica Asistencial y la Medicina Preventiva, doctrinal y funcionalmente unidas.

La Medicina Social se relaciona también con la Medicina del Trabajo, así como con la Medicina Legal, con la Antropología Médica, con la Criminología, etcétera, las que si bien desde el punto de vista conceptual podrían parecer más lejanas doctrinalmente de ella, al entender en determinados aspectos de la legisla-

ción sanitaria y social, de la deontología profesional y del propio ejercicio profesional de la Medicina, guardan con la Medicina Social, en algunos aspectos, estrecha relación.

Por último, es errónea la confusión de los términos de Medicina Social y Medicina Socializada o Medicina Colectiva, al referirse a los servicios sanitarios de la Seguridad Social o de los Seguros Sociales funcionalmente orientados a la asistencia, es decir, a la aplicación de los conocimientos que nos brinda el estado actual del saber y la práctica médica, sobre cada una de las personas incluidas en el campo de aplicación de sus beneficios, a través de una organización y planificación que hace posible esa asistencia.

Naturalmente, tanto la asistencia prestada por esos servicios, como la asumida por otros organismos e instituciones del Estado, Provincia, Municipio, benéficos o de asistencia estrictamente privada, ha de incorporar esas nuevas proyecciones que reclama el progreso social, y que trascienden del ámbito de la estricta relación personal.

Ello justifica que la organización de la asistencia por un lado, y de la enseñanza del médico por otro, hayan de tener en cuenta el contenido y alcance de la actual Medicina Social.