

LA RENOVACIÓN CONCEPTUAL Y SU ANTÍPODA RE-CONSTRUYENDO IMAGINARIOS SANITARIOS

Autores:

Dr. Mendivil Salgueiro Amir (1)

(1) Magister en Salud Pública, Magister en Educación Superior, Especialista en Salud Pública, Docente Asignatura Medicina Social, Facultad de Medicina U.S.F.X.CH.

Recepción: 5 /Octubre/2011

Aceptación: 7/Noviembre/2011

RESUMEN

El presente artículo expone un análisis sobre las peculiaridades del cambio de paradigma en salud en actual desarrollo, que tuvo inicio en la década de los años 70, enfocado en la necesidad de modificaciones radicales en la concepción de la salud occidental.

En este sentido, se realiza una descripción-analítica del contexto de la década y los principales aportes, exponiendo una caracterización del proceso renovador, partiendo del paradigma en agotamiento basado en la enfermedad, Alma Ata y su rol en la transformación, hasta el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Además de caracterizarse la antípoda de la renovación, entendida como las múltiples críticas al cambio por parte de sujetos de resistencia.

Se concluye, que la sustitución (re-construcción) de una forma de pensar generalizada y aceptada es tortuosa en su posicionamiento, y su dinámica, se define en función de los actores quienes se constituyen, en su condición de sujetos dialéctico-comunicantes, en facilitadores o antípodas coadyuvados por su reflejo organizativo: las instituciones que los representan. El imaginario sanitario contemporáneo occidental hegemónico, se fundamentó en un hospitalocentrismo asistencialista-curativo mercantilizado, medicalizante, alienante, mecanicista y patopeto obsecuente, que como toda estructura, se produjo y re-produjo en el seno de sujetos habidos por la conservación de su estatus y privilegios. En este marco, la Declaración de Principios de Alma Ata fue la punta de lanza de la re-construcción del imaginario sanitario occidental, que permitió, primero el cuestionamiento de un sistema conceptual inoperante, además del establecimiento de lineamientos fundados en la anticipación-preventiva del evento indeseado.

PALABRAS CLAVES:

Re-construcción del imaginario sanitario, Cambio, Renovación, Antípoda, Atención Primaria de Salud (APS)

SUMMARY

This article wants to show an analysis of the peculiarities of the health paradigm shift in current development, which began in the decade of the 70 and focused on the need for radical changes in the western health design.

In this sense, it is done an analytical description of the context development of the decade and the main contributions, giving also a renewal process characterization, beginning from paradigm in depletion based on disease, Alma Ata and its role in the transformation, until the emergence of the strategy of Primary Health Care (PHC). It is also characterized the antipode of renewal, understood as the many criticisms to the change on the part of subjects of resistance.

It is concluded, as a result of the theoretical discussion, that the substitution (re-construction) of a widespread and accepted thinking is very hard in its develop, and its dynamics, is defined in terms of actors who are, in their dialectical and communicating capacity, facilitators or antipodes helped by institutions that represent them. The collective thinking contemporary western hegemonic medical for more than II centuries, was based on hospitalcentrism merchandised, alienating, mechanistic and patopetalobsequious, that as any structure was produced and re-produced within people guided by conservation of their status and privileges. In this context, the Declaration of Principles of Alma Ata was the spearhead of the collective thinking reconstruction of Western healthcare, which allowed first questioning a conceptual system inoperative, and the establishment of strategic and methodological guidelines based on the anticipation of undesirable event.

KEYWORDS:

Re-construction of health collective thinking, Change, Renewal, Antipode, Primary Health Care (PHC)

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 30 años la dinámica del proceso de salud-enfermedad ha sido redefinida por un conjunto de factores, que van desde cambios veloces en la configuración de lo que se entiende como urbano y el desarrollo de metrópolis, hasta las caracterizaciones demográficas y epidemiológicas fuertemente influenciadas por el contexto.

Fruto de esta redefinición, los pilares de lo que se entendía por salud, enmarcada sobre un ideal de equilibrio físico, mental y psíquico, ha pasado a concebirse como la conservación y precautelación de un estado ya no idílico sino real, con matices como el control de factores relacionados con estilos de vida que elevan el riesgo de enfermedad y que por su posible modificación, son importantes de sobre manera en la búsqueda de calidad de vida.

El fenómeno de transición de la concepción del proceso salud-enfermedad tiene larga data histórica, desde el agotamiento de un sistema económico-político insostenible fundado en el capitalismo contemporáneo, hasta el surgimiento de nuevas entidades nosológicas debido a la mutabilidad microbiológica y el uso y abuso de antibióticoterapia. La reacción del sistema de salud se ha dejado esperar, pero progresivamente ha configurado una respuesta con altibajos que muestra su faceta aplicada, principalmente en el caso latinoamericano, desde finales del siglo pasado. El antecedente fecundo de esta renovación se encuentra en la década de los años setenta con un conjunto de pensadores del ámbito médico con fuerte vinculación en estudios socioantropológicos, cuyos productos sirvieron de insumo a la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en Alma Ata, y posteriormente a las conferencias de promoción de la salud también de orden internacional, pero con tareas teórico-metodológico-empíricas más específicas.

Esta nueva forma de entender el mundo de la salud tropezó durante varios años con una ujn6resistencia atrincherada en estructuras caducas de su sistema, no solo por inoperancia de procesos institucionales (por haber sido generados bajo un enfoque eminentemente asistencialista-curativo), sino por un imaginario colectivo sanitario que, como agente del paradigma en agotamiento, esgrimió resistencia activa en un afán de descrédito del proceso renovador.

CARACTERIZANDO LA RENOVACIÓN

Década de cambio

Los años 70 estuvieron marcados por un contexto particular resultado de múltiples procesos sociopolíticos de memoria larga: una gran tensión internacional fruto de la polarización del mundo entre las dos grandes potencias económico-bélicas del momento, EE.UU. y la URSS, inmersos en lo que se conoció como la Guerra Fría; una crisis energética mundial que derivó en una depresión económica generalizada; y por otra parte, un conjunto de dictaduras militares latinoamericanas que habían conducido al debilitamiento de los sistemas democráticos apenas esbozados en los años cincuenta.

Esta década para los sistemas de salud fue sinónimo de tiempo de cambio en la concepción de la medicina del mundo occidental, no como fruto de la casualidad sino de la frustración generalizada sobre sus resultados. La medicina asistencial-curativa parecía agotada en su afán de intervención sobre la enfermedad, por lo que, a inicios de la década, múltiples voces propugnaban y propulsaban la reorientación de los sistemas de sanitarios, para centrarlos en la salud entendida y ejercida efectivamente como derecho humano fundamental más allá de su simple reconocimiento formal. Esta reorientación implicó, el entender la

¹A diferencia de la concepción predominante antes de los años 70, el nuevo paradigma pretendía situar el derecho a la salud en un mismo nivel que el derecho a recibir un tratamiento adecuado. El predominio y tergiversación de entender la salud solo como el resultado del alivio de la enfermedad se veía en entredicho, y su hegemonía estaba sujeta a múltiples cuestionamientos.

enfermedad no solamente como el objeto al cual se dirigen las acciones médicas sino considerar su aparición como el fracaso de los sistemas de salud.

Bajo este marco mundial y regional se desarrollaron eventos internacionales del sector salud, que reconocían la necesidad de un viraje en la concepción de los sistemas de atención sanitaria, y junto con ellos, voces de intelectuales del mundo sanitario que pretendían sentar las bases teóricas para orientar la transformación. En 1972 se convocó a la III Reunión Especial de Ministros de Salud en Chile que analizó las deficiencias del sistema de salud y la inequidad existente, sentando las bases formales -por primera vez- de la Atención Primaria de Salud como estrategia para mejorar el acceso de la población al sistema. En 1974 Mark Lalonde personalidad reconocida mundialmente y Ministro de Salud de Canadá, publicó el informe Lalonde, que se constituyó en uno de los principales aportes teórico-metodológicos del paulatino proceso de cambio en la concepción y percepción de la salud. En 1975 durante la 28ª Asamblea Mundial de la Salud apareció oficialmente la concepción de "Salud Para Todos" que más adelante -en Alma Ata (1978)- se convertirá en el símbolo discursivo del movimiento por el cambio.

Una medicina basada en la enfermedad

El sistema de salud antes de los años 70 se había construido sobre un eje temático y empírico, el hospital. El imaginario colectivo popular y médico consideraba a la institución e infraestructura hospitalaria como sinónimo de medicina y curación, debido a que concentraba los recursos humanos médicos altamente capacitados y en su mayoría especializados, además de tecnología moderna que podía contribuir al diagnóstico certero de las enfermedades.

El hospital, entendido como sinónimo de eficacia curativa, había enmascarado las fuertes repercusiones sociales generadas como fruto de

su sacralización, principalmente el encarecimiento de las prestaciones médicas². Además de esta consecuencia, el hospitalocentrismo durante sus largos años de configuración, generó repercusiones negativas para el sistema en sí mismo, conduciéndolo hacia una medicina fragmentaria³ -en contraposición al carácter integral humanitarista-, contribuyendo a la consolidación del biologicismo positivista como forma hegemónica de comprensión de la realidad en salud, asociado a la medicalización de todos sus procesos, consolidando la mercantilización de la medicina principalmente por encarecimiento de la prestación de servicios.

El marco sociopolítico imperante, los eventos internacionales a inicios de la década de los años 70, la realidad del sistema de salud, y los fundamentos teóricos sustentados por algunos intelectuales del área, permitieron identificar con precisión la necesidad de modificación del sistema sanitario y de transformación del profesional médico, derivando en lo que se denominó la Conferencia Internacional de Alma Ata que se puede considerar como reacción culmen de la comunidad internacional ante la situación insostenible.

La Conferencia Internacional de Alma Ata realizada en 1978, definió como estrategia central para la transformación del sistema sanitario a la Atención Primaria de Salud (APS), por tanto su realización, propuesta y consecuencias constituyeron y constituyen un evento de sobre manera importante para la re-construcción del imaginario sanitario.

Alma Ata y su rol

Del 6 al 12 de septiembre de 1978 se llevó adelante en la ciudad de Alma Ata, capital de la república de Kasajstán⁴ la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud convocada de manera conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas

²Si la población quería resolver sus problemas de salud con celeridad y "propiedad" debía asistir al recinto que brindaba mayor especialización, tecnología y complejidad, pero al mismo tiempo debía ser apta para erogar un gasto económico acorde con la "calidad" del servicio.

³La parcelarización de la práctica médica es una característica que condujo a la construcción de un perfil profesional de igual forma segmentario, lo que ha generado médicos que saben mucho de poco y hacen uso indiscriminado de la interconsulta o derivación médica, en situaciones que podrían ser resueltas con facilidad in situ.

para la Infancia (UNICEF). En esta Conferencia estuvieron representados 134 países del mundo, todos los miembros de la OMS y 67 organismos especializados en salud (organizaciones de las Naciones Unidas y ONGs). El 12 de septiembre se suscribió el documento conocido como la Declaración de Alma Ata, en el que se establecieron diez principios básicos germinativos de lo que se sería la Atención Primaria de Salud (APS).

La Estrategia APS

La APS fue originalmente diseñada para alcanzar "salud para todos en el año 2000⁵ (SPT-2000)". En este marco, tenía y tiene elementos constitutivos o subestrategias que derivan de la Declaración de Alma Ata⁶ y que pueden agruparse en tres áreas: los referidos a promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, siguiendo lo establecido por Henry Sigerist a mediados del siglo XX⁷; la intersectorialidad, como característica constructora de la atención holística-integral; y por último el empoderamiento poblacional, entendido como la autotutela del comportamiento potencialmente riesgoso y como la participación plena en instancias de decisión sobre la salud.

Henry Sigerist a mediados del siglo XX propuso que la atención sanitaria debía centrarse en ciertas tareas fundamentales: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación del paciente enfermo. Estas recomendaciones fueron retomadas como parte

esencial de la estrategia APS y posteriormente permitieron la configuración de las tareas específicas de los niveles de prevención para conservar la salud y limitar la enfermedad fruto del modelo de historia natural de la enfermedad propuesto por Leavell y Clark. Estos niveles implicaban tareas similares a las de Sigerist pero con ligeras modificaciones.

La subestrategia intersectorialidad concibió involucrar la participación de sectores de diferente naturaleza sea el social, económico, político, etc. para llevar adelante políticas sociales que tengan impacto sustancial, amparadas en la Autoridad Nacional de cada área, permitiendo la coordinación de estrategias también de carácter nacional, para enfrentar las necesidades más sentidas de los grupos poblacionales.

El empoderamiento poblacional, entendido como la participación de la población en la planificación y toma de decisiones, fue caracterizada como eje central de la democracia participativa directa, en la que los ciudadanos no son simples espectadores del resultado de medidas políticas anacrónicas y descontextualizadas en diversos sentidos, sino toman el control y lo ejercen desde el nivel en que se encuentran, organizándose de forma continua y activa.

Sobre la base de estos elementos constitutivos de la estrategia APS, se establecieron sus características: la estrategia debía permitir que el sistema sanitario ofrezca la máxima accesibilidad

⁴Kasajstan declaró su independencia en 1991, durante los años setenta era todavía la República Socialista Kazaka integrada a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, motivo que generó grandes susceptibilidades principalmente de los países alineados con los Estados Unidos, que insinuaron que detrás de la fachada de la Conferencia de Alma Ata existía una intención política de reforzar y legitimar ante la comunidad internacional el sistema comunista y sus logros en salud. Esta tendencia llevó a los críticos de la Atención Primaria de Salud a calificarla como pseudomedicina.

⁵Salud para todos en el año 2000" fue un lema de lucha, un símbolo pensado algún tiempo antes de Alma Ata. Se convirtió en su principal referencia casi coloquial, cuya pretensión fue utilizada como elemento de difusión educativa y como objeto y objetivo estratégico en posteriores conferencias referidas a la promoción de la salud.

⁶Para un detalle de los elementos constitutivos ver Declaración de Alma Ata, principio VII numerales 2, 4, 5 y 7.

⁷Henry Sigerist fue un famoso médico e historiador suizo radicado en los Estados Unidos. Desde los años 30, es considerado fundador de la escuela de análisis sociológico de la historia de la medicina y prócer de la medicina social. Como docente investigador de la Universidad Johns Hopkins publicó su ampulosa obra "A History of Medicine: primitive and Archaic Medicine", en la que explica como las sociedades humanas enfrentaron a la enfermedad en a través de distintas formaciones económico sociales, haciendo uso de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Sigerits consideraba necesaria la implementación formal y sistemática de estas tareas en los sistemas de salud contemporáneos.

a sus servicios racionalizando la utilización de sus recursos, aplicándose de forma continua y sostenida en el trabajo sobre la base de un equipo multidisciplinario que promueva la participación de la comunidad. Además, la estrategia debía estar secuencialmente programada y permitir su evaluación en distintos puntos de su aplicación.

En los principios de la declaración de Alma Ata se definió la APS y se la enunció formalmente a nivel internacional⁸ por primera vez, entendiéndosela como la asistencia sanitaria esencial es sus dos acepciones, como punto de entrada al sistema de salud y como conjuntos de métodos y tecnologías primordiales para la mejora de la salud de la población siempre y cuando sean aceptados y practicados por las personas, interiorizando la importancia de la toma de decisiones sobre salud de forma autónoma y responsable⁹. Además, la Conferencia resaltó la idea de la salud como derecho humano fundamental dejando de lado la enfermedad como el eje central del sistema sanitario. Por otra parte, los principios pusieron en evidencia la desigualdad como problema complejo e inadmisibles en un mundo que dispone de la suficiente cantidad de recursos¹⁰ para abastecer a toda la población¹¹, proponiendo, como parte de solución, un reordenamiento mundial basado en un sistema económico y social nuevo, al ser el sistema sanitario, altamente sensible a su medio¹² con el que posee relaciones mutuas y continuas.

La Declaración hizo evidente la responsabilidad de los gobiernos sobre el cuidado de su población más allá de un simple interés declarativo, como obligación entendida en términos de la punibilidad de su incumplimiento, resaltando la necesidad de un rol activo que propenda priorizar políticas públicas que conciben como eje transversal y fundamental la salud¹³ y educación, además de

políticas de fácil integración a los sistemas vigentes y a las prácticas colectivas¹⁴. Se exhortó también, a disminuir los gastos de carrera armamentista en busca de un armisticio que permita una adecuada distribución de recursos para mejorar la salud mundial, poniendo de relieve la solidaridad como principio rector de cooperación entre los pueblos.

CARACTERIZANDO LA ANTÍPODA

Críticas al cambio

Las críticas a la renovación y sus tergiversaciones no se dejaron esperar. Se calificó a la APS como esencial y prioritaria, pero solo para países "subdesarrollados" porque su ejecución además de sencilla, supuestamente, no necesitaba demasiados recursos. Esta crítica se sustentó en parte en el criterio de que la Atención Primaria era sinónimo de baja calidad, por lo que su concepción y aplicación era una suerte de consuelo para los pueblos y ciudadanos pobres, en otras palabras, era "la medicina de y para los pobres", barata debido a la escasa protección que brindaba, una "solución de segunda clase para gente de segunda", que además de ser deficitaria, se centraba solamente en el primer nivel de atención, por lo cual equivalía a la medicina general o se restringía solamente a la atención médica ambulatoria. Parte de estas críticas se originaron del cuerpo médico "convencional" existente, debido a la aparente amenaza que pretendía reducir su espacio laboral e incluso cuestionaba su práctica profesional centrada en un paradigma eminentemente resolutivo.

Dentro de esta marea de críticas, la más moderada y sostenible fue la que calificó la definición como utópica, en función de los anhelos humanitaristas

⁸Ver Declaración de Alma Ata, principio VI.

⁹El empoderamiento poblacional es expuesto desde el inicio de la Declaración como elemento constituyente esencial de la Atención Primaria, esta nueva perspectiva incluye a la población como parte del sistema de salud, ya no solo como usuario de este, sino como agente activo comunicante y participante de la planificación y ejecución de políticas estratégicas y acciones concretas destinadas a conservar y mejorar su propia salud

¹⁰Dentro de las paradojas contemporáneas, el tema de la inequidad se ha convertido en prioritario en muchos sectores intelectuales que propenden ser ácidos en su crítica de un mundo tecnificado y "moderno" que cuenta entre otras cosas con el suficiente alimento para evitar hambruna, pero en cambio, concentra recursos en pocas manos de aquellos que muestran suficiencia para ejercer saqueos neocoloniales y generar crisis especulativas en el mercado mundial. -

fuertemente arraigados en la búsqueda una naturaleza humana solidaria vista en pocas ocasiones. La "declaración de buenas intenciones", como la denominaron algunos críticos, divagaba en un contexto politizado y militarizado, con fuertes tensiones y amenazas de guerra, bajo el manto de una industria armamentista en creciente ascenso y tributaria a los tesoros nacionales de las grandes potencias occidentales, por lo cual, el armisticio pretendido en la Declaración, fue considerado herejía "moderna" porque podía esconder, a título de salud, oscuras intenciones ideológico-conspirativas comunistas.

Las descalificaciones cernidas sobre Alma Ata y su Declaración fueron aplacadas parcialmente por el contenido llano de sus principios. La crítica que intentó restringir la APS a países "subdesarrollados" encontró su límite en la verdadera magnitud de la aplicación de la estrategia, que implicaba la utilización y necesaria disposición de recursos incluso superiores a los utilizados por el sistema curativo-asistencial tradicional, al mismo tiempo que la complejidad de su atención no podía fundamentarse solo en la lógica biologicista del paciente enfermo y su tratamiento, sino que debía complementarse con factores como la influencia del contexto social, político, económico, ideológico y cultural en los comportamientos de riesgo para la salud.

Aquellas criterios descalificadores que pretendían limitar la APS al primer nivel de atención no fueron sostenibles porque se comprendió que la Atención primaria no era sinónimo de simplicidad y ausencia

de especialización, sino por el contrario pretendía complementar estas características con criterios como la complejidad holística e integralidad, que bajo ninguna perspectiva podían restringirse a un solo nivel de atención ni siquiera a un solo sector -sector salud- del sistema social, debido a su redefinición constante y adaptable a las necesidades poblacionales. Por último, el temor de muchos profesionales de salud que fueron críticos con el surgimiento e implementación de la APS se moderó progresivamente, porque la estrategia pretendía ser un elemento coadyuvante e integrador entre la concepción asistencialista de la enfermedad y la concepción promocional y preventiva.

CONCLUSIÓN

Como lo afirmaba Kuhn, la sustitución (re-construcción) de una forma de pensar generalizada y aceptada es tortuosa en su posicionamiento, su dinámica se define en función de los actores quienes se constituyen, en su condición de sujetos dialéctico-comunicantes, en facilitadores o antípodas coadyuvados por su reflejo organizativo: las instituciones que los representan. Las epístemes, entendidas en su sentido foucaultiano, incluyen la re-construcción de imaginarios segmentarios mediante eventos multiformes que tienen consecuencias evidentes en la vida cotidiana de las personas, sean benéficos o no.

El imaginario sanitario contemporáneo occidental hegemónico durante más de II siglos, se fundamentó

¹¹Ver declaración de Alma Ata, Principios I y II.

¹²Durante mucho tiempo, principalmente la clase política, antes de la renovación de Alma Ata, sostenía que el sector salud solo debía dedicarse a los temas de salud que le atingían, y dejar las grandes preocupaciones políticas y de contexto a quienes podían comprenderlas y solucionarlas, es decir la élite burocrática gubernamental. El médico solo debía dedicarse a tratar y curar a sus enfermos.

¹³Las políticas públicas saludables son una tarea pendiente para la mayoría de los gobiernos latinoamericanos, pero es una idea presente en varias Declaraciones fruto de Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, su fundamento asienta en la intersectorialidad como elemento constitutivo de la estrategia APS.

¹⁴Ver Declaración de Alma Ata, principios V y VIII.

en un hospitalocentrismo asistencialista-curativo mercantilizado, medicalizante, alienante, mecanicista y patopeto obsecuente, que como toda estructura, se produjo y re-produjo en el seno de sujetos habidos por la conservación de su estatus y privilegios .

La Declaración de Principios de Alma Ata fue la punta de lanza de la re-construcción del imaginario sanitario occidental que permitió, primero el cuestionamiento de un sistema conceptual inoperante, y además el establecimiento de lineamientos estratégico-metodológicos fundados en la anticipación-preventiva del evento indeseado. Está reconstrucción, encontró su antípoda en estructuras anquilosadas que no fueron, ni son, más que emisarias y esbirros del conservadurismo, temeroso de adaptarse y responder a realidades diversas, dispersas y cada vez más complejas.

Inevitablemente hoy, la necesidad ha definido la función, y la función progresivamente reproducirá las formas de pensar de un nuevo paradigma, fundado en la anticipación-racional e integral, dirigida a seres humanos y no a potenciales usuarios de servicios, un paradigma que sustente sus acciones en la construcción y redefinición constante de conocimiento colectivo alejado de la mezquindad de un sistema económico agotado, y de posicionamientos políticos atávicos y anacrónicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bethell, L. (Ed.). *Historia latinoamericana. Los Países Andinos desde 1930*. Barcelona: CRITICA; 2002.
2. Blanco J.H, Maya J.M. *Fundamentos de Salud Pública*. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2005.
3. Foucault M. *El Nacimiento de la Clínica: una Arqueología de la Mirada Médica*. Madrid: Siglo Veintiuno; 2007.
4. Foucault M. *Nacimiento de la Biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Argentina: Fondo de cultura económica; 2007.
5. Foucault M. *Un Diálogo Sobre el Poder y otras Conversaciones*. Madrid: Alianza; 2001.
6. Kuhn T. *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México D.F: Fondo de Cultura Económica; 2004.
7. Mckeown T. *Introducción a la Medicina Social*. México: Siglo Veintiuno; 1989.
8. Mogollón A. *Reflexiones en salud pública*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2009.
9. Piédrola G. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: MASSON. S.A; 2002.
10. Sigerist H. *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo Veintiuno; 1998.