

Revisitando el Congreso de Bandoeng, Indonesia, sobre higiene rural

Sócrates Litsios

Introducción

El Congreso de Bandoeng, Indonesia, sobre higiene rural, organizado por la Liga de Naciones de la Organización de la Salud (*League of Nations Health Organization*, LNHO) en 1937, ha sido llamado adecuadamente “un hito en la salud y el desarrollo”¹. En sus deliberaciones uno puede encontrar:

... repetidas recomendaciones para la colaboración intersectorial e interagencial, un énfasis en la educación en salud y una reforma educativa más amplia, y súplicas urgentes para la plena utilización de personal de salud no médico” así como “menciones abiertas a la ‘reconstrucción rural’ y ‘reforma agraria’...¹ (p. 43)

El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud 1973-1988, señaló los paralelismos entre los resultados del Congreso de Bandoeng con el enfoque en la Atención Primaria en Salud (*Primary Health Care*, PHC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se consagró en la “Declaración de Alma-Ata”, 1978.²

Dicho esto, es sorprendente lo poco que se ha escrito acerca del Congreso, según Iris Borowy, autora de una historia de la LNHO, este descuido es concurrente con la forma en que

... el programa de medicina social en las políticas de salud internacionales en los años de la década de 1930... ha sido olvidado por los herederos de hoy.³ (p. 34)

En su libro autorizado sobre la LNHO, Borowy describe con cierto detalle cómo esta Conferencia

Sócrates Litsios. ScD. Científico de alto nivel retirado, Organización Mundial de la Salud, Baulmes, Suiza. Correo-e : litsios@bluewin.ch

llegó a organizarse, cuáles factores determinaron su agenda y algunas de las tensiones presentes debido a la

... profunda ambigüedad que existía sobre las cuestiones del colonialismo, el papel de la medicina occidental en Asia y, por extensión, sobre el Occidente como modelo para todo el mundo no occidental.⁴ (p. 355)

De manera más reciente, Annick Guénel se ha sumado a nuestro entendimiento sobre algunas de estas tensiones al examinar más cercanamente varios de los informes nacionales elaborados de antemano para el Congreso.⁵ Además, Sunil Amrith ha determinado cómo los resultados de Bandoeng ayudaron a moldear las nociones de salud pública en India durante sus periodos colonial tardío y post colonial.⁶

Este artículo no aborda el impacto del Congreso en el desarrollo posterior de la salud mundial, ni su condición como un hito. En cambio, se hace un examen más crítico –en primer lugar, a través de una comparación de la agenda mencionada con el informe real producido– lo cual sugiere que los organizadores del Congreso esperaban que surgieran resultados más prácticos, seguido de una mirada más cercana a los materiales preparados sobre antecedentes, así como algunas experiencias que *no* fueron revisadas en el Congreso.

Este análisis lleva al autor a concluir que la agenda del Congreso casi obligó a una discusión de los asuntos de una manera fragmentada: las enfermedades fueron separadas del saneamiento ambiental y ambos temas fueron discutidos con poca relación con los servicios médicos o con los de salud. Por lo tanto, las enfermedades más importantes de los trópicos, en particular la malaria, se quedaron en el aire con poca

vinculación con el saneamiento ambiental y a los recursos médicos humanos necesarios para su control. En suma, se perdió una oportunidad para poner a la medicina tropical y a la higiene en el mapa mundial.

El artículo comienza con una breve revisión de la historia del Congreso; cierra con una discusión sobre cómo las cuestiones abordadas hace alrededor de 80 años continúan siendo relevantes.

Origen

La LNHO se estableció en 1920 en un momento en el que se veían como una gran amenaza para la salud humana las enfermedades transmisibles que se extendían a través de los continentes desde una parte del mundo a todas las demás. Los países necesitaban personas adecuadamente entrenadas para detectar tales enfermedades y para emprender lo que fuera necesario para detener una futura expansión. La LNHO ayudó a establecer programas de capacitación para formar tales perfiles y asistió a los países para poner en marcha los sistemas de vigilancia necesarios, así como instalaciones de laboratorio e investigación de apoyo. Esta agenda ocupó en gran parte a la LNHO durante sus primeros diez años de existencia. Hacia el final de la década de 1920 los países comenzaron a pedir consejo sobre la mejor forma de desarrollar sus sistemas de salud. Es en este contexto que la salud rural se convirtió en “el proyecto más grande y también el más importante de la LNHO”.^{4 (p. 325)}

La salud rural se abordó por primera vez en el Congreso Europea sobre Higiene Rural, que tuvo lugar en Ginebra entre el 29 de junio y el 7 de julio de 1931. Las expectativas eran altas, según lo expresó Gustavo Pittaluga (miembro de la Comisión de Salud de la LNHO y la fuerza impulsora detrás de esta conferencia) en su discurso de clausura: por primera vez en una escala tan grande y con tanta autoridad, médicos en ejercicio, funcionarios de salud, administradores, agricultores, ingenieros y organizadores de asociaciones agrícolas se han reunido para el estudio minucioso de aquellas cuestiones que son más importantes para la mejora de las condiciones de vida rural desde el punto de vista de la higiene y la salud.^{4 (p. 339)}

Se hicieron recomendaciones sobre tres temas: 1. asistencia médica, 2. servicios de salud y 3. saneamiento. La primera de éstas pidió la colaboración de las autoridades públicas, la profesión médica, las instituciones de seguridad en salud, las asociaciones de beneficio mutuo y las agencias privadas en la prestación de asistencia médica eficaz. El segundo llamado era para que el Estado mantuviera la responsabilidad principal para enmarcar la política de salud de las áreas rurales; mientras que la tercera identificaba una serie de iniciativas que se esperaban de las autoridades de salud, incluyendo la instrucción de niños en las escuelas, de los constructores, contratistas y líderes entre las comunidades locales; el desarrollo de programas de demostración, tales como modelos de casas; la mejora de la vivienda rural vía la educación, el aumento de los recursos financieros a través de créditos baratos o soporte técnico mejorado para los agricultores y ‘bonificación’, es decir, el reacondicionamiento sanitario completo de la tierra. Esto ya se había hecho en las Marismas Italianas Pontinas, donde

el progreso duradero requirió el asentamiento de todas las tierra reclamadas y la introducción de agricultura intensiva y ganadería moderna.^{7 (p. 151)}

La idea de una conferencia para Asia se ventiló por primera vez por parte de las delegaciones de India y China en 1932. En mayo de 1936, la Comisión de Salud de la LNHO aceptó la invitación del gobierno holandés para celebrar el Congreso en las Indias Holandesas (hoy Indonesia) en 1937, dejando un año para la preparación. Se formó una comisión con tres ponentes. La agenda para el Congreso de Bandoeng se preparó después de su visita a Birmania, Ceilán, India, Indochina, Malasia, las Indias Orientales Holandesas, Filipinas y Siam. La gira se utilizó para establecer contacto con todos los departamentos gubernamentales pertinentes directa o indirectamente involucrados en cuestiones de salud, para difundir la palabra acerca de la próxima conferencia, para motivar a las autoridades a participar y para preparar la agenda del Congreso.

El recorrido alteró dramáticamente la agenda del Congreso. Borowy describe este hecho en términos de la evolución del enfoque de

... problemas de los sistemas de atención de medicina colonial, a recomendaciones para el desarrollo integral de las sociedades asiáticas; de una consideración de estrategias para organizar poblaciones subordinadas a los intereses europeos, a la consideración de estrategias para el desarrollo de las sociedades en función de sus propias necesidades...⁴ (p. 352)

El cambio más evidente que apoya esta conclusión fue la inclusión de la reconstrucción rural a la agenda, la cual pedía que se diera atención a la nutrición, la agricultura, la educación y los movimientos cooperativos.

Al Congreso atendieron alrededor de 100 participantes, incluyendo a los representantes de los países, a los miembros de la Secretaría, los expertos y los observadores. Se prepararon informes especiales por cada tema, pero no todos los autores estuvieron presentes. Además, los documentos sobre antecedentes incluyeron “notas” recibidas por la Secretaría a título personal.

El Congreso representó la última gran iniciativa de la LNHO en materia de salud rural. Los planes para el seguimiento de esta conferencia en América fueron frustrados por la relación indiferente entre Hugh Cumming, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y Ludwik Rajchman, Director Médico de la LNHO. Tampoco la LNHO intentó reunir mayor información acerca de la reconstrucción rural, según lo sugerido por el Congreso. Esto no es sorprendente dada la salida forzada de Rajchman al año siguiente y el papel cada vez menor de la LNHO al aproximarse la Segunda Guerra Mundial.

Los resultados en comparación con las expectativas

El Congreso hizo más cercanos los problemas de la higiene rural desde una

... perspectiva intersectorial e interagencial y se enfocó no sólo en la necesidad de mejorar el acceso a la medicina moderna y salud pública, sino también en los retos fundamentales del

estímulo educativo, el desarrollo económico, y el avance social.¹ (p. 42)

Los temas abordados fueron la salud y los servicios médicos; la reconstrucción rural y la colaboración de la población; el saneamiento y la ingeniería sanitaria (vivienda, abastecimiento de agua, eliminación de desechos de los hogares y otros desechos y control de moscas); la nutrición, y las medidas para combatir ciertas enfermedades en los distritos rurales (malaria, así como la peste, la anquilostomiasis, la tuberculosis, la neumonía, el pián, la lepra, y las enfermedades mentales), cada tema fue tratado por una Comisión o Subcomisión.

La salud y los servicios médicos

La comentada agenda del Congreso identificó cuatro puntos sobre este tema: los principios relativos a la organización de los servicios de salud y los servicios médicos; el personal (médico y de auxilio); actividades de curación y prevención y presupuestos. La Comisión que trató este tema fue encabezada por el Dr. John L. Hydrick, miembro del personal de la Fundación Rockefeller destinado a las inmediaciones de Purwokerto. Se designaron tres subcomisiones: educación médica, presupuestos y una cuya tarea fue considerar una propuesta:

... para una encuesta o encuestas sobre los diversos factores que afectan la situación de la salud, que se llevará a cabo en un área o áreas representativas en varios países.⁸ (p. 46)

Se encargaron cuatro documentos sobre antecedentes por parte de la Secretaría para apoyar este tema; éstos fueron escritos por el Dr. Pierre M. Dorolle, el Dr. C.C. Chen, el Dr. McGusty (junto con el Dr. Sylvester Lambert) y el Sr. T. Miyazaki. Sólo Chen no estuvo presente en el Congreso.

Los participantes se tomaron el tiempo de visitar el centro de salud modelo cercano de Hydrick, que Selskar Gunn encontró era “una de las mejores exhibiciones de salud pública que había visto en su vida.”⁹ El programa de Hydrick

... tuvo como objetivo comunicar la utilidad de las medidas de higiene a la población por medio de una demostración sencilla y práctica, películas y conferencias públicas, visitas a domicilio, etc.⁵ (p. 67)

Gunn era uno de los vicepresidentes de la Fundación Rockefeller y el encargado del proyecto de la Fundación sobre la reconstrucción rural del norte de China, estuvo presente como “observador”.

Dada la complejidad del tema tratado por la Comisión de Hydrick su discusión se dividió en tres partes: un control simple versus uno doble; educación médica de una o dos vías y el uso de personal auxiliar.

Control simple versus doble

La pregunta clave con respecto a la organización de los servicios de salud y los servicios médicos tuvo que ver con los méritos respectivos de un control simple y uno doble. Por “control simple” se entendió que la atención médica y el trabajo en salud se debían llevar a cabo por el mismo personal. El “control doble” significaba separar servicios paralelos, no necesariamente bajo la misma autoridad.

Sin dejar de reconocer la existencia tanto del sistema doble como del sencillo, Dorolle, quien fue *Médecine de 1^{er} class de l'assistance médicale*, en Hanoi, Indochina, argumentó a favor de este último. Las personas enfermas acudirán a un funcionario de salud de visita que supervisa medidas sanitarias y preventivas– “¿Cómo puede negarse a darles consejo y tratamiento?” Además,

... el tratamiento médico probará ser el mejor medio para permitir que el sistema de salud consiga un punto de apoyo en los pueblos y lleve a cabo sus deberes de salud y profilácticos.

Sin embargo, al mismo tiempo, las “funciones del personal en materia de saneamiento y profilaxis” deben estar “claramente definidas” así como

... la medicina preventiva... sistemáticamente organizada entre el personal de todas las categorías...¹⁰ (p. 8-10)

Aunque los documentos de Chen, McGusty y Miyazaki tenían que ver con situaciones específicas de los países en los que existía un sistema unitario (China, Fiji, y Japón, respectivamente), éstos no intentaron defender el sistema de organización ‘doble.’ Como se observa en Chen (Director del Instituto Tinghsien) pasa desapercibido

... el concepto de profesión médica en China, que ha recibido amplia influencia de las escuelas americanas, en donde la salud pública se enseña siempre en contraste con los servicios en los hospitales y las clínicas.¹⁶

Convencidos de que esta separación “en Occidente era meramente histórica”, la Administración Nacional de Salud de China creyó que “era sabio que China construyera su sistema médico de forma coordinada”¹¹ (p. 8)

El entusiasmo de Chen por combinar prevención y curación, así como por la medicina estatal fue una consecuencia de su exposición a las enseñanzas de John Grant.^{12,13} Grant era un empleado de la RF que se encontraba en una misión especial en el Colegio Médico de la Unión de Pekín (*Pekin Union Medical College*, PUMC) para incorporar la medicina preventiva al plan de estudios de la educación médica de los estudiantes universitarios. El papel de liderazgo de Grant en la conformación de las políticas de gobierno de China llevaron a un enfoque que consideró que “la prevención y la cura eran inseparables...”^{11, (p 9)}

Algunos de los presentes probablemente sabían que una de las razones para separar el trabajo preventivo y el curativo en muchos de los países del Lejano Oriente, se debía a la política “histórica” de la FR con respecto a la educación médica y la educación en salud pública en América. Sin embargo, no parece que la importancia de este “cisma” (como se reconocería más tarde en el siglo) fuera apreciado.¹³ De lo contrario, no hubieran elegido a Hydrick para presidir esta Comisión. Hydrick creía que

... la atención médica y el trabajo de higiene se referían a campos de actividad tan diferentes... que debería haber personal subordinado distinto para cada campo siempre que fuera posible.¹⁴ (p. 48)

Cabe señalar que la descripción detallada de la obra de Hydrick, de la que se toma esta cita: *Trabajo intensivo sobre higiene rural y educación en salud pública del servicio de salud pública de la India Holandesa*, aún no ha sido publicado.

Algunos de los ponentes creían que la medicina curativa tenía que preceder a las actividades en salud; otros, que ambos deberían llevarse a cabo al mismo tiempo; mientras que los demás creían que la ubicación de clínicas, dispensarios y hospitales y el uso efectivo de estas instituciones podría asegurarse mejor al dar prioridad a la higiene. No haber optado por un sistema u otro los llevó a resolver que

... en cuanto a la atención se debe tener cuidado de que la organización no se desarrolle de manera desproporcionada a la otra y que, cuando existe esta desproporción, debe de corregirse

y que era

... esencial que, cualesquiera que sean los medios, deben ser aplicados con la suficiente minuciosidad para que el efecto beneficioso del trabajo preventivo quede claro a la población rural...^{8(p. 43)}

Además, concluyeron que:

- La medicina preventiva es el medio más barato para mejorar las condiciones de salud de la población en las áreas rurales y el esfuerzo debe dirigirse principalmente en arreglo a las líneas de prevención.
- Es absolutamente necesario llevar servicios médicos y de salud tan cerca como sea posible de las poblaciones, pero la descentralización de las actividades debe ser dirigida y supervisada por un organismo central con el fin de mantener la eficiencia y garantizar una política uniforme.

Educación médica de una o dos vías

Aquéllos que prepararon la agenda expresaron interés en que el Congreso discutiera las ventajas respectivas de dos sistemas para la formación técnica de los profesionales a la luz de las experiencias adquiridas. Un sistema fue el de la formación académica con “una norma igual a la

que se otorga en las universidades de la metrópolis”, el otro fue

... la creación de un diploma que mientras confiere el derecho a la práctica, no requiere un estudio tan largo y completo.^{8, (p. 8)}

Dorolle describió cómo diferentes países habían desarrollado una forma simplificada de la educación médica con un curso de estudio más corto de lo habitual en las universidades de tipo Occidental. Estos asistentes médicos recibieron un diploma de valor puramente local, que en algunos casos les autorizaba a ejercer la medicina sólo en el servicio público. Con el tiempo los estándares de algunas de estas instituciones mejoraron al nivel de las universidades Occidentales. En este punto, sin embargo, se preguntaba

... si es aconsejable ir a formar profesionales locales por el método antiguo. Cualquiera que sea el valor profesional de este último, están atados a ser considerados por la población como médicos de segunda categoría, lo cual resta valor a su prestigio e influencia.^{10 (p. 9)}

Aunque fue el gobierno chino el que pidió consejo en este tema a principios de la década, Chen evitó discutir la formación de los médicos en su trabajo, ya que era un “problema demasiado comprometido...”^{11 (p. 20)} Esto es comprensible, ya que el tema dio lugar a debates considerables y algunas veces mordaces a principios de la década en China. Cuando se propuso una política de dos vías para la enseñanza de la medicina en China

... facultades de medicina para entrenar a médicos de alto nivel y escuelas de medicina especiales para capacitara profesionales médicos.^{12 (p. 96)}

fue visto como una amenaza para la élite y el estatus independiente del PUMC.¹⁶

Cualesquiera que hayan sido los sentimientos de Chen hace varios años sobre este tema polémico, ahora llegó a la conclusión de que

Esencialmente, debería de haber sólo un tipo de médico, la formación debe ser de bajo costo para los estudiantes, básica para el futuro desarrollo y

práctica para el servicio en las condiciones rurales.

Además,

la educación médica en su conjunto debería estar influenciada por la conveniencia de practicar la medicina bajo la administración organizada por el Estado.^{11 (p. 20)}

En este punto de la historia de la medicina, existía una creencia casi universal de que la atención médica sería proporcionada principalmente dentro de una estructura médica estatal de un tipo u otro.

A pesar de que el mandato de la comisión de educación médica era discutir las “respectivas ventajas” de los diferentes enfoques de la enseñanza de la medicina, no se hizo mención en el informe del Congreso de las diferentes experiencias. En lugar de ello, el informe recomendó que:

cada país debería, en la esfera de la educación médica, alcanzar el más alto nivel científico de formación teórica y práctica, lo cual debería incluir instalaciones y oportunidades para la investigación.^{8 (p. 44)}

Que de esto se siguiera la condición de que el enfoque de cada país a la educación médica debería ser acorde “a sus recursos y su nivel de educación general”, puede verse como una oportunidad para médicos menos calificados, pero en realidad es más probable que la condición se añadiera para calmar a aquellos que estaban convencidos de que la educación de nivel “medio” era más adecuada para los países asiáticos que la consecución de los niveles más altos posibles. También se resolvió que:

- La educación médica ha evolucionado desde un simple principio a un estándar Occidental moderno. Este proceso histórico de evolución se debe acelerar tanto como sea posible.
- El espíritu de la medicina preventiva y social debe impregnar cada vez más todo el programa de la educación médica.

Personal auxiliar

Con respecto al personal auxiliar se identificaron dos temas en la agenda comentada: una se ocupó de los deberes de las personas que colocan vendajes: ¿Deberían limitarse a vendajes y la dispensación de algunos medicamentos inocuos o convertirse en un tipo de asistente médico, capaz de hacer un diagnóstico y tratar enfermedades comunes? La segunda cuestión se refería a la mejor manera de atraer y dar una formación y un estatus adecuado a las jóvenes interesadas en las profesiones de enfermería, enfermeras a domicilio, y parteras. Ninguno de estos asuntos parece haber atraído la atención de los autores de los documentos sobre antecedentes. En cambio, la formación y el papel de los auxiliares se limitaron principalmente a personal de enfermería.

Dorolle creía que la formación del personal técnico auxiliar (parteras rurales y enfermeras rurales), era “incluso más importante que la educación de los médicos.” La “mejor solución” para hacer disponible el servicio de las parteras en las áreas rurales era

... educar a las mujeres de los poblados, se someterían a cursos de instrucción limitada a las reglas elementales de limpieza y no intervención en los hospitales de maternidad bajo médicos y parteras calificadas^{10 (p. 12-13)}

Las enfermeras rurales deberían ser “elegidas por las autoridades del poblado mismo de entre las jóvenes inteligentes que han recibido educación suficiente en la escuela rural.” Sus responsabilidades en cuanto a completar una formación de dos a tres años en el servicio incluía tratar a ciertos pacientes que no están gravemente enfermos e informar al funcionario médico acerca del

... estado de salud en los poblados, localizar las epidemias incipientes, tomar medidas preventivas urgentes, supervisar cómo se llevan a cabo las medidas prescritas por los médicos, para llevar a cabo vacunaciones, etc.^{10 (p. 12-13)}

La posición de Dorolle no es clara en cuanto al uso de trabajadores legos; en el programa de Chen se esperaba que estos trabajadores hicieran solamente un mínimo de trabajo necesario (generalmente, no más que una hora al día) después de un

entrenamiento corto. Claramente, este fue el precursor del médico descalzo, que ganó prominencia mundial en la década de 1970; los trabajadores legos fueron seleccionados por los líderes de los poblados y en general se extrajeron de la población agrícola.

Chen describió en su documento cómo el programa en Tingsien había comenzado con la premisa de que los tipos de personal técnico “deberían reducirse al mínimo.” Al principio se creía que debería haber enfermeras (salud pública), parteras e inspectores sanitarios. Pero esa suposición resultó ser errónea:

En teoría, una enfermera de salud pública se encarga de la salud escolar y el trabajo de enfermería general. Pero, en vista de las condiciones sanitarias primitivas en la comunidad, a la enfermera le resulta imposible promover la salud a menos de que se haga algo en materia de saneamiento ambiental. Inmediatamente, encuentra su formación en saneamiento tan pobre o poco práctica que debe garantizar la asistencia de un especialista. Incluso si éste está disponible cualquier mejora que pueda hacerse es tan sencilla que ningún especialista puede tener mucho interés en el trabajo por cualquier periodo. Sin embargo, su presencia eleva el costo de la sanidad sencilla tremendamente. Por otro lado, si la enfermera conoce algo acerca de sanidad práctica, él o ella será la persona más adecuada para negociar con un maestro de escuela y supervisar cualquier construcción necesaria sin visitas especiales. En otras palabras, el trabajo fundamental de saneamiento es tan simple en carácter que un trabajador especializado resulta superfluo e ineficiente.^{11 (p. 17)}

Teniendo en cuenta los limitados fondos disponibles para financiar a diferentes tipos de trabajadores, Chen informó que China estaba considerando la posibilidad de combinar “... la formación práctica de la enfermería, la partería y el saneamiento en la misma escuela”.^{11 (p. 18)}

La Comisión encargada de este tema colocó el énfasis en la necesidad de garantizar que todos los miembros del personal auxiliar recibieran una formación adecuada en higiene y medicina preventiva (una formación tan sencilla y práctica como fuera posible, poniendo atención en que la

capacitación no los hiciera perder contacto con las personas, etc.), mientras que concluía que la composición del personal auxiliar en relación al tipo de trabajo al que están llamados variaría en diferentes áreas.

También se acordó que:

- Es importante un amplio cuerpo de personal debidamente capacitado para asegurar que el enlace que conecta a los habitantes rurales y a los hombres de medicina sea tan eficiente como sea posible.
- Es esencial para el buen funcionamiento del servicio de salud que los salarios ofrecidos sean totalmente adecuados para atraer y retener al tipo de hombre con la formación adecuada, y permitir que dedique tiempo completo al servicio.

Reconstrucción rural y colaboración de la población

La reconstrucción rural se relacionó con la colaboración de la población, dado que

... si se buscan asegurar resultados duraderos, debe obtenerse la cooperación incondicional de la población.^{8, (p. 10)}

Con respecto a la reconstrucción rural, su propósito es

... elevar el nivel de vida en los distritos del país a través de medidas concertadas en los ámbitos de la salud, la agricultura, la educación y la economía pública.^{8, (p. 10)}

Se pidió al Congreso que identificara aquello que se podía hacer para ayudar a la población a comprender la importancia de los resultados previstos en los diversos grados de la administración civil, incluyendo al jefe del poblado. ¿Enseñar a los niños los principios de la higiene en la escuela tendría éxito para asegurar su colaboración en el futuro? ¿Cuál de todos los métodos de la propaganda sobre salud son los que darán los mejores resultados con mayor probabilidad? y ¿Los esfuerzos en esta dirección no serán más fructíferos si se dirigen principalmente hacia las mujeres, quienes están a

cargo tanto de la formación de los niños como de delegar las responsabilidades domésticas?

También se pidió al Congreso que identificara los medios por los cuales se podía llevar a cabo la coordinación de las medidas concertadas en los ámbitos de la salud, la agricultura, la educación y la economía pública y si las “cooperativas” eran el organismo más adecuada para este propósito.

Se recibieron y se comunicaron varios documentos de antecedentes sobre este tema a los participantes; tres correspondían a India (preparados por Mr. FL Brayne, Lt Col AC Chatterji, y D Spencer Hatch), y uno provino de China (preparado por el Dr. Chang-Fu-Liang).

Todos estos documentos, con excepción del de Chatterji, se presentaron como notas con la indicación de que representaban sólo las opiniones del autor y no comprometían la responsabilidad de la Secretaría. Sólo Chatterji, quien era Director de Salud Pública en Bengala, y Hatch, quien estaba dirigiendo una reconstrucción rural en Travancore y los Estados Cochin, estuvieron presentes en el Congreso.

El documento de Chatterji conectó la historia de la reconstrucción rural en India con la del control de la malaria. De entre varias iniciativas llevadas a cabo en diferentes partes de la India creció la idea de poblados modelo en donde, además de las actividades de lucha contra la malaria, se prestara atención a una mejor vivienda y una mejora en el saneamiento. Después de una breve reseña histórica, Chatterji utilizó el resto de su documento (30 páginas) para delinear aquellos aspectos que deben tomarse en cuenta en la reconstrucción rural. Estos fueron bastante amplios, incluyendo medidas estándar de saneamiento (abastecimiento de agua para beber y disposición de excrementos), así como la planificación del pueblo rural, las industrias artesanales y los movimientos cooperativos.

El documento de Hatch, que fue mucho más corto (10 páginas), describió la historia de la reconstrucción rural que estaba teniendo lugar bajo su dirección con el patrocinio de la YMCA, pero que había iniciado a principios de siglo con KT

Paul, un líder cristiano destacado y seguidor de Mahatma Gandhi.

A su llegada a la India a principios de la década de 1920, Hatch estableció centros rurales de la YMCA para que fueran utilizados como un lugar para la experimentación y para la exhibición de proyectos de demostración exitosos que la población local pudiera ir y ver, esto ocurrió en Martandam en el Estado de Travancore. El siguiente paso fue la creación de un Departamento de Extensión, cuya misión era conseguir que familia tras familia de un poblado tras otro se beneficiaran de lo que se enseñaba y se mostraba en el Centro.

Su experiencia lo llevó a darse cuenta de que “hasta que la gente tenga más comida, el saneamiento y la medicina no serán suficientes”. Además, se ha visto que cada poblado, familia e individuo tienen cinco tipos de necesidades: espiritual, mental, física, social y económica. Éstas podrían satisfacerse mejor a través de la autoayuda “con orientación íntima, experta”, que llega hasta los más pobres a través de planes de crédito accesibles y utilizando el método cooperativo como el vehículo para atraer estos cambios.¹⁷ La orientación debe brindarse por medio del método de demostración, con la participación activa del alumno. Esto, a su vez, requiere hallar y formar líderes, con atención al incremento en el número de mujeres líderes.

La Comisión de Reconstrucción Rural y la Cooperación Poblacional fue presidida por Sir Mirza Muhammad Ismail, líder de la delegación Británica-Hindú. Aunque su informe fue relativamente breve, las resoluciones adoptadas por esta Comisión tuvieron muy en cuenta los documentos preparados sobre este tema; que se leen muy bien hoy en día.

La Comisión pidió que la planeación y ejecución de los servicios del Gobierno estuvieran coordinados para que fueran integrales, completos, y efectivos. Cada poblado o grupo de poblados deberían tener una organización propia, a saber, un Comité para manejar sus asuntos y promover su bienestar en todos los sentidos. Estos comités deberían, a su vez, ser asesorados por un Comité

de Gestión compuesto por expertos del Gobierno y representantes del pueblo. Puede que se les confíen

deberes a los Comités de los poblados con respecto a suministro de agua; saneamiento, mejora de vivienda y planificación del poblado; construcción y mantenimiento de caminos vecinales y vías navegables; actividades sociales y recreativas que incluyan juegos infantiles y la educación de los adultos, tanto hombres como mujeres.

Como cualquier éxito en la reconstrucción rural depende de la presencia de personal debidamente entrenado, fue necesario que se proporcionaran instalaciones adecuadas para la formación del personal técnico que se necesitaba en todas las ramas de trabajo. La selección y capacitación de personal adecuado, tanto hombres como mujeres, fue de suma importancia. El entrenamiento debía ser de carácter práctico, incluyendo la participación real en el trabajo rural.

Al dar cuenta de la creciente importancia del papel que deben desempeñar las mujeres en la reconstrucción rural... debía hacerse todo para asegurar que se les suministrara toda oportunidad para desarrollar sus actividades en este importante campo.

Con base en el papel importante que debe desempeñar las escuelas del poblado... es esencial que tengan un plan de estudios especialmente adecuado para preparar a sus alumnos para la vida rural, no sólo por la evidente necesidad de tal formación, sino también por el prestigio que se adhiere a las cosas que se enseñan en la escuela. Esto significa que se debe proporcionar a los maestros una capacitación y una formación adecuadas. El plan de estudios de las escuelas rurales debería incluir lectura, escritura, aritmética, salud, entrenamiento físico y juegos, el estudio de la agricultura y la naturaleza, entrenamiento manual (capacitación en el uso de herramientas y materiales para los niños, costura y economía doméstica o del hogar para las niñas) y ciudadanía. Se debe dar especial énfasis a la educación en salud.^{8, (p. 55-56)}

Sin una reforma agraria... la reconstrucción rural no descansará sobre una base permanente; se recomienda con urgencia a los Gobiernos una

consideración seria de este problema y el estudio de los métodos que mejor se adapten a las condiciones locales.^{8, (p. 26)}

Saneamiento e ingeniería sanitaria

Lo que se esperaba de esta Comisión no fue especificado en la agenda del Congreso comentada. Allí, uno simplemente se entera de que los temas agrupados en este apartado ya han sido estudiados por la OMS en otro lugar. Gunn, quien escribió la introducción al informe a petición de Rajchman, resumió este punto en el más breve de los términos:

... el entorno físico de las personas rurales ha recibido plena consideración a manos de los ingenieros sanitarios presentes en el Congreso... Los problemas relacionados con la vivienda, el abastecimiento de agua, la eliminación de basura y otros desperdicios, así como el control de moscas, se han discutido y han alcanzado recomendaciones específicas.^{8 (p. 27)}

Esta Comisión fue presidida por el Dr. RD Fitzgerald de Malasia, tuvo un subcomité que se ocupó de las moscas. Además de control de éstas, trató sobre la vivienda, el abastecimiento de agua y la eliminación de desechos del hogar y de otros desperdicios. Su recomendación principal fue que cada Gobierno debería constituir comités para la pequeña planificación del poblado para evitar el desarrollo "laissez faire" y que estos mismos organismos deberían establecer normas locales para tratar detalles como el emplazamiento, los tipos de casas, el material de construcción, la ventilación, el alumbrado y la calefacción, la eliminación de desperdicios y el abastecimiento de agua. Se hizo especial hincapié en el hecho de que las cocinas no deberían estar dentro de la parte que se habita de la casa y que los cobertizos para el ganado deberían estar separados.

Nutrición

En el contexto de Europa y Norteamérica, la LNHO ha enfatizado que la causa principal de la nutrición deficiente en cualquier comunidad es la pobreza, junto con la ignorancia que frecuentemente la acompaña. Se pidió al Congreso que determinara en qué medida las observaciones

hechas a los países de Europa y Norteamérica aplicaban para las poblaciones del Lejano Oriente. Se pidió también al Congreso que explorara lo que se conocía hasta ese momento acerca de los hábitos alimenticios de la mayoría de los países del Este, la composición de sus comidas y el valor nutricional de la ración diaria de alimentos. En términos más generales, se pidió que también se considerara “la relación entre nutrición y salud...”⁸ (p.11-12)

Esta Comisión fue presidida por M. Vinay de la Indochina francesa, fue apoyada por el grupo técnico dirigido por el Dr. Aykroyd, un especialista en nutrición. Su informe, además de un anexo técnico muy largo sobre nutrición, se limitó en gran medida a recomendaciones en favor de la importancia de la dieta en relación con los problemas de salud en el Oriente, para el establecimiento de un Comité Nacional de Nutrición y un Instituto o Laboratorio Central encargado de la investigación en nutrición en cada país, la capacitación de especialistas en este campo, la colaboración estrecha entre nutrición e investigación agrícola y la importancia del grado en que se muele el arroz blanco.

Medidas para combatir ciertas enfermedades en las áreas rurales

La elección de las enfermedades que serían abordadas se restringió a aquéllas que “constituían un azote social”, dejando abierta la incorporación de otras si lo solicitaban los delegados. Se esperaba que el Congreso se limitara a la discusión de la campaña en contra de la peste, la anquilostomiasis, el pián, la tuberculosis y la neumonía. Por otro lado, se dio

... consideración separada a la campaña en contra de la malaria rural, un problema predominante de la vida rural en ciertas regiones... [su estudio] podría confiarse a un comité de expertos con provecho.^{8 (p. 13)}

Esta Comisión, presidida por el profesor De Langen, formó cinco Grupos Técnicos que se ocuparon de la malaria, la lepra, la peste, la tuberculosis y la neumonía, la anquilostomiasis, el pián, las enfermedades mentales y la adicción a las

drogas, a las cuales también se aludió brevemente en la agenda comentada.

Las recomendaciones formuladas por el grupo de la malaria, que dirigió Paul Russell, un especialista en la enfermedad de alto nivel, cubrieron la importancia de la malaria, la política administrativa en materia de su control, el costo de su control en las zonas tropicales rurales (incluyendo los métodos naturales), el efecto de las obras de construcción sobre ésta en áreas rurales, la relación entre la malaria y las actividades de los campesinos, la distribución de los medicamentos contra ésta, la necesidad de mayor investigación y el papel de la Comisión de la Malaria de la Liga de las Naciones en los países del Lejano Oriente.

En su conjunto, este grupo de recomendaciones proporcionó una base sólida para que los países se comprometieran con su control con mayor seriedad de lo que lo habían hecho en el pasado. Algunos puntos seleccionados:

Dado que es una enfermedad focal en cualquier país: ausente en algunas áreas rurales, ligeramente predominante en otras y moderada o fuertemente endémica en los demás, la estructura de y el programa para la organización de la salud rural, incluyendo las unidades de salud y centros de salud, no deberían estereotiparse, sino ser flexibles.

- En las zonas en donde es un problema social y de salud pendiente, los recursos de la administración de la salud, especialmente aumentados en caso necesario, deberían dirigirse principalmente hacia el control de ésta, incluso si esto conlleva la restricción de otras actividades de salud pública, hasta que no sea una preocupación mayor.
- Para reducir los costos de su control en las comunidades rurales se debe hacer todo lo posible a) para extender la distribución gratuita de los productos de quina, b) para obtener la ayuda de las mismas personas en métodos de control de menor importancia y c) para explorar métodos más baratos de control que utilicen más el tiempo que el dinero. Se requiere más la persistencia que la perfección en su control en las áreas rurales.

Omisiones críticas

Que los organizadores del Congreso esperaban resultados más tangibles de Bandoeng parece claro a partir de una comparación entre la agenda comentada y el informe real producido. Este es especialmente el caso con respecto al uso de recursos humanos de salud, desde médicos hasta auxiliares en los poblados. Pero lo más inquietante, como ya se ha mencionado y se discutirá más adelante, es la oportunidad que se perdió para proporcionar más detalles acerca del saneamiento ambiental, especialmente teniendo en cuenta su lugar central en todos los aspectos de la higiene rural (fundamentalmente, en lo que respecta al control de las enfermedades tropicales) y la reconstrucción rural.

Se esperaba que el Congreso discutiera las respectivas ventajas de dos sistemas para la formación de los profesionales a la luz de las experiencias adquiridas. A partir del informe final no es evidente si tal discusión se llevó a cabo, ya que no se citan experiencias. La preocupación de los médicos parece no haber dado lugar a ninguna consideración de la experiencia que McGusty y Lambert (miembros del personal RF establecidos en Suva) describieron en su documento sobre antecedentes en materia de entrenamiento de los “practicantes médicos nativos” (*Native Medical Practitioners*, NMPs), quiénes

... sin duda han desempeñado una parte muy importante para suscitar la confianza de los nativos en los métodos occidentales para tratar la enfermedad...^{18 (p. 9)}

Tales trabajadores de la salud parecieron quedar fuera de la agenda, probablemente debido a que los NMPs claramente no eran médicos, a pesar de que estuvieran mucho más calificados que los auxiliares que se discutieron.

La formación de los NMPs comenzó en 1885 cuando se estableció en el Hospital Colonial en Suva una escuela de medicina para los niños nativos de Fiji. Se les daba tres años de instrucción a los hombres jóvenes “en los rudimentos de la anatomía y la fisiología, y en la experiencia clínica en medicina y cirugía...”^{19 (p. 38)} No se esperaba que los NMPs

... alcanzaran el nivel del médico completamente calificado, sino que mantuvieran el servicio subordinado a las normas sociales de sus miembros, en lo posible, en equidad con las de las comunidades en las que trabajaban.^{18 (p. 9)}

Antes de que Lambert descubriera la existencia de esta escuela había sugerido la formación de asistentes nativos para tratar condiciones médicas comunes como la anquilostomiasis, la malaria, el pián y otras enfermedades de la piel, bajo supervisión de los funcionarios médicos de visita. En Nueva Guinea, que estaba bajo administración alemana, fue testigo del trabajo de enfermeros bien entrenados bajo la supervisión de funcionarios médicos enviados para dirigir los hospitales de menor importancia. Tenían el título de ‘*tultul*’; los que conoció “tenían un alto sentido del deber y eran remarcablemente competentes”.^{20 (p. 77)}

Una misión de la LNHO que llevó a cabo encuestas de salud en 1929 describió su formación y sus actividades como sigue:

De todos los poblados se selecciona a un enfermero nativo como *tultul* médico para una instrucción de tres meses de primeros auxilios, el tratamiento de úlceras, enfermedades comunes, saneamiento e higiene en el hospital local. Entonces se le suministran vendajes y medicamentos simples y es enviado de regreso para actuar como un muchacho médico en su poblado, pero con cursos de actualización, de uno o dos meses, de forma periódica...^{19 (p. 173)}

Cuando Lambert fue finalmente asignado a Fiji encontró 40 NMPs trabajando bajo condiciones básicas, sin embargo, después de estudiar este sistema concluyó que tenía gran potencial. En cuestión de meses él y el Dr. Aubrey Montague, Director Médico de Fiji, acordaron mejorar la escuela de medicina nativa y hacer sus clases disponibles en todo el Pacífico Sur. Con el apoyo financiero de la FR la escuela de Suva se estableció sobre una base firme y en 1928 fue designada la Escuela Central de Medicina para los estudiantes de medicina nativos. El mismo año la FR firmó un convenio de colaboración de cuatro años con el Alto Comisionado del Gobierno Británico del Pacífico Occidental para ampliar las instalaciones de formación de la escuela y

... desarrollar un servicio de salud unificado para la isla bajo el control central de los grupos de islas administradas por la comisión.^{21 (p. 258)}

Tal vez la aparente falta de interés en la escuela de NMP pueda explicarse por las dudas de la Misión de la LNHO en 1929 en relación a su utilidad, con la creencia de que sin la cercana supervisión de los europeos, el trabajo de sus estudiantes se atrofiaría por “las actividades represivas de los hombres mayores y la ignorancia y desconfianza de la población...”⁴² Sin embargo, la Misión continuó y elogió el trabajo de los *tultuls*, indicando que “no existía una necesidad de actualizar a los 2,098 empleados en los territorios australianos como médicos profesionales por al menos otros veinte años más.”^{19 (p. 173-4)}

Otras dos razones parecen haber llevado a esta Misión a rechazar el programa NMP; una fue el temor de parte del gobierno australiano de que se extendiera la influencia estadounidense a esa parte del mundo (en detrimento de los intereses australianos) y la segunda fue el hecho de que la Misión estuvo encabezada por Raphael Cilento, quien no estaba dispuesto a permitir que los nativos de Papúa y Nueva Guinea fueran enviados a la escuela de profesionales médicas de Fiji, sosteniendo que estaban demasiado “retrasados” para este tipo de formación.

Cilento es una figura intrigante en esta historia, para comenzar, puede que haya sido el único profesor *tanto* de medicina social como de medicina tropical. Veía a la

... medicina social como el estudio de los medios para la preservación constructiva de la salud y a la medicina tropical como su aplicación práctica.^{22 (p. 143)}

El trabajo de Cilento está manchado, sin embargo, por su motivación para trabajar en los trópicos “la cultivación de la palidez”, es decir, demostrar que la raza blanca podía sobrevivir y prosperar en los trópicos, con el corolario de que la salud de los indígenas no blancos era importante en tanto que contribuía a su meta.²³ Sin embargo, su experiencia como director del Instituto Australiano de Medicina Tropical (*Australian Institute of Tropical Medicine*, AITM) brindó a Bandoeng un

ejemplo diferente del tipo de cambios institucionales necesarios para promover la salud en condiciones tropicales. Ninguno de los trabajos de Cilento apareció en el documento presentado por Australia al Congreso Bandoeng.

Cilento fue responsable del desarrollo de un servicio de laboratorio tropical para profesionales locales, un curso de postgrado en medicina tropical y educación en salud para las personas diseminadas a través de programas claros y simples. En el proceso se las arregló para

... cambiar la orientación de la investigación de la AITM, de condiciones de enfermedad a medicina preventiva, de padecimiento a salud.^{22 (p. 46)}

Esto fue consistente con su creencia de que

A menos de que las administraciones de los países tropicales hagan de la salud un todo, la enfermedad los hará nada.^{22 (p. 36)}

Organizó los servicios locales de salud al arreglar áreas que fueran atendidas por funcionarios médicos, asistentes médicos blancos, enfermeras y enfermeros médicos nativos.

Queensland, en donde se encontraba el AITM, contenía el 94% de la población blanca total de las zonas tropicales de Australia. Durante la década que existió el Instituto su trabajo contribuyó a que Queensland tuviera la tasa de mortalidad infantil más baja que cualquier otro estado australiano. La depresión económica de la década de 1930 y el hecho de que el instituto se hubiera convertido en un “peón” en la lucha nacional por la “supremacía en el campo socio-médico”, llevó a que se integrara a la Universidad de Sídney como una escuela de salud pública en 1930.²⁴ Cilento luchó sin éxito en contra de este movimiento argumentando que “no se puede hacer trabajo tropical, excepto en una zona tropical.”^{22 (p. 48)}

A pesar de que Australia no fuera uno de los países visitados (ni hubo australianos presentes en Bandoeng), el Dr. JHL Cumpston (Director General de Salud) presentó un “Discurso Introdutorio” para el Congreso. Este documento relativamente corto (ocho páginas) esbozó algunos

principios generales en el “desarrollo de los servicios de salud pública”, los cuales ilustró a partir de la experiencia australiana. ¡Pero en su descripción estuvo totalmente ausente cualquier cosa relacionada con las zonas tropicales de Australia! Fue Cumpston quien se las arregló para que el Instituto de Cilento fuera transferido de Queensland a Sídney. Claramente, Cumpston quería demostrar que Australia pertenecía a los países desarrollados de clima templado, más que a los países subdesarrollados del mundo. De esta manera, el Congreso fue privado de una historia muy rica y digna de consideración.

Sobre el uso de personal auxiliar

Ya se ha hecho mención sobre las dificultades que encontró Chen con respecto al uso de enfermeras en los poblados que cubría su programa. Hydrick tuvo una experiencia diferente, pero relacionada. Las actividades detalladas de cada una de las estaciones de campo que estableció se llevaron a cabo por *mantris* de higiene (ver más abajo), parteras, y otros miembros del personal subordinado. Los *mantris* eran trabajadores de la salud que fueron capacitados inicialmente para educar al público acerca de la anquilostomiasis, pero más tarde se involucraron en otros problemas de salud. Al principio todos eran hombres capaces de leer y escribir, hablar bien, e inspirar confianza; las parteras entraron al programa posteriormente. Hydrick arregló que su entrenamiento lo condujeran parteras experimentadas.

Sin embargo, sus intentos por involucrar a enfermeras capacitadas en su programa pronto lo llevaron a concluir

... que no estaban dispuestas a aprender la técnica apropiada de la visita domiciliaria y se mantuvieron en un nivel demasiado alto para el trabajo.^{15 (p. 48)}

¿Estas enfermeras eran el equivalente a aquéllas que trabajaron en el programa de Chen? ¿Si había diferencias, cómo impactaron éstas en el trabajo de las enfermeras? ¿Si no había diferencias, por qué Chen y Hydrick llegaron a conclusiones tan diferentes? Este tipo de preguntas hubieran dado una luz mucho más útil sobre lo que podría esperarse de diferentes tipos de personal auxiliar,

especialmente dado que Chen y Hydrick asociaron su trabajo con el saneamiento ambiental. En su lugar, como ya se ha mencionado, el Congreso optó por recomendar que cada país desarrollara personal auxiliar adecuado a sus necesidades.

Chen, Hydrick y Lambert eran todos médicos bien capacitados, su experiencia los convenció de la necesidad esencial de médicos con una competencia igual para que estuvieran a cargo, como lo indica lo que Lambert llamó, “La Fórmula”:

Médicos nativos y enfermeras que cuiden de las enfermedades actuales y eduquen a su gente en la prevención de las enfermedades, especialmente en el saneamiento del suelo y suministros de agua potable; atención al bienestar infantil y de los niños; la elaboración de censos fiables para comprobar resultados –todo bajo la supervisión de médicos y enfermeras europeos competentes.
20 (p. 381)

¿Qué hacer, cuándo y dónde había pocos o ningún médico con tal competencia? No formó parte de la discusión en este punto de la historia de la salud rural.

La reconstrucción rural

Como se ha señalado antes, este tema estuvo bien documentado y el responsable de la Comisión produjo recomendaciones admirables. Sin embargo, hubo un aspecto de la experiencia de China que no se reflejó en el informe, a pesar de la presencia de Gunn era responsable del proyecto de Reconstrucción Rural de la FR en el Norte de China: el papel que podrían haber desempeñado las instituciones académicas en este tipo de programas.

Gunn llegó por primera vez a China en 1932 para explorar las posibilidades de montar un enfoque multidisciplinario para la reconstrucción rural. Rápidamente unió su programa al de Jimmy Yen, Movimiento de Educación, cuya sede se encontraba en Tingsien, donde Chen era responsable de la salud rural. Para 1935, Gunn decidió que en lugar de enfocarse en “los conceptos más revolucionarios del experimento de Tingsien”, los objetivos del programa podrían ser

... obtenidos de mejor manera a través de una concentración en la investigación de la Universidad y la formación en el ámbito comunitario.²⁵

Este cambio de orientación se reflejó en la ‘nota’ de antecedentes preparada para el Congreso por el Dr. Leonard Shihlien Hsü, Consejero, Ministerio de Industria de China, y profesor en la Universidad de Yenching, que era una de las universidades que recibió dinero de la subvención de Gunn. En este documento Hsü describió su relación con Tingsien en términos reveladores:

Durante muchos años, James Yen y sus colegas en Tingsien y algunos de nosotros en las universidades, hemos conducido experimentos regionales en un *hsien o ch'u*. Muchas personas nos malentendieron y pensaron que íbamos a Tingsien, Tsouping, Chingho, etc., para hacer de estos distritos comunidades utópicas. La verdad es que hemos entrado en el país no para ofrecer a la población rural un nuevo evangelio de salvación social o para crear comunidades modelo, sino para aprender por nosotros mismos los métodos de administración social –la aplicación correlacionada de técnicas para la reconstrucción comunitaria.

Hemos tenido que hacer esto porque no hemos sido capaces de aprenderlo en otra parte. De hecho, el conocimiento puro en cualquier ciencia técnica puede obtenerse en las escuelas tradicionales y los laboratorios, pero no los métodos de aplicación social correlacionados. Así que tuvimos que aprender estos métodos por nosotros mismos, y sólo los podemos aprender al realmente ir nosotros mismos a las poblaciones.^{26 (p. 13)}

Después de lamentar la insuficiencia de la formación de base urbana, Hsü siguió describiendo “un nuevo desarrollo”,⁵⁴ por el cual optó Gunn, a saber, un “enfoque multi universidad-comunidad”⁵⁴ como se puede ver en la creación del Consejo de Reconstrucción Rural del Norte de China –“un consejo de universidades interesado en un enfoque correlacionado de diferentes campos.”^{26 (p. 14)}

Para 1936, este consejo se había convertido en la pieza central del programa de Gunn.

Saneamiento ambiental

Varios aspectos del saneamiento ambiental se pueden encontrar a lo largo del informe del Congreso. De hecho, las recomendaciones formuladas por las otras Comisiones son mucho más indicativas de la importancia fundamental de este aspecto de la higiene rural que el informe dedicado a este tema producido por la Comisión. Una explicación posible para esta anomalía es el hecho de que personas clave, en particular Hydrick y Lambert, fueron absorbidos por otras responsabilidades.

Lo particularmente desafortunado es la falta de cualquier referencia al libro de 60 páginas de Hydrick *Trabajo intensivo sobre higiene rural en la India Holandesa*, que, como ya se ha indicado, fue publicado más tarde ese mismo año. Esencialmente, es un manual de ‘hágalo usted mismo’ que está en gran parte dedicado al saneamiento ambiental: la construcción de letrinas, el hervido de agua, hacer seguras las casas, llevar agua potable a las escuelas, proteger los alimentos de las moscas, etc. Para lograr estos avances es necesario

... despertar en las personas un interés permanente en la higiene y estimularlas para adoptar hábitos y llevar a cabo medidas que les ayudarán a asegurar la salud y permanecer saludables.^{15 (p. 2)}

Hydrick consideró éste “el propósito” de su trabajo, la educación en salud fue un tema central en su programa:

Si se puede enseñar a las personas que ellas mismas pueden llevar a cabo ciertas medidas sencillas que les ayuden a evitar una enfermedad crónica, aprenderán a vivir de manera más higiénica y, por lo tanto, construirán resistencia a muchas otras enfermedades.^{15 (p. 4)}

Los métodos educativos y los materiales utilizados en otros lugares fueron alterados para hacerlos adecuados para su uso bajo otras condiciones locales. Las campañas comenzaron

... a una escala pequeña para mantener bajo límites razonables el costo del trabajo y de los cambios necesarios; el trabajo se extendió “poco a poco y

sólo cuando los resultados justificaron dicha extensión.^{15 (p. 3)}

Las enfermedades que más se diseminaron en donde trabajó Hydrick fueron

... aquéllas que pertenecían al gran grupo de enfermedades intestinales o transmitidas por la presencia de desperdicios. En los hábitos de vida ordinaria de las personas de las zonas rurales, la contaminación de la superficie del suelo y de las corrientes es mucho más común que el uso de letrinas. De todas las enfermedades que se propagan por la contaminación del suelo y del agua, las ocasionadas por gusanos no son solamente las más fáciles de explicar y demostrar, sino también las más extendidas en las Islas de la India Oriental.^{15 (p. 4)}

Las actividades que se llevaron a cabo con respecto a la prevención de la contaminación del suelo y del agua

... estaban tan organizadas que podían utilizarse como base para la construcción de pequeños servicios de salud.^{15 (p. 24)}

El programa de Hydrick proporcionó la evidencia más tangible sobre cómo el trabajo en salud podía iniciarse. Dado el lugar central del saneamiento ambiental y la colaboración comunitaria en la reconstrucción rural, la Comisión que trató con ésta última podría haberse beneficiado de la experiencia de Hydrick al unirla con los demás elementos que constituyen la reconstrucción rural. Desafortunadamente, el supervisor inmediato de Hydrick, Wilbur Sawyer, pensó mal de sus actividades. Sawyer juzgó que era

una desviación de la práctica de la División Internacional de Salud... que utiliza la gente ignorante, pero con entrenamiento especializado, para hablar con gente ignorante.

Sawyer no simpatizaba con programas puramente educativos, como el de Hydrick, y menospreciaba la “incapacidad de Hydrick o su falta de deseo por hacer estudio e investigación.”²⁷ Por otro lado, Sawyer era un “fuerte defensor” de la Escuela Central que Lambert había ayudado a desarrollar.^{20 (p. 273)}

El libro de Hydrick tuvo una crítica favorable en la AJPH:

Este libro es mucho más que un informe encantador sobre el trabajo destacado en materia de salud pública; se trata de una filosofía de la salud pública expresada en términos de experiencia exitosa.²⁸

Dorolle, quien se volvió Director General Adjunto de la OMS en 1950, lo tradujo al francés en 1938 y también organizó su traducción al español en 1944. En su comentario introductorio extenso (14 páginas) a la versión francesa, expresó su admiración por el libro de Hydrick de múltiples maneras: su simplicidad, la manera progresiva en que Hydrick llevó a cabo su trabajo, su espíritu experimental y realista, su atención meticulosa al detalle y su preocupación por educar a los trabajadores de la salud, por nombrar sólo algunos. Hay mucho que se puede aprender en la escuela de Hydrick y mucho que ganar al seguir ciertos de sus principios, concluyó Dorolle.

Observaciones finales

La palabra ‘tropical’ es difícil de encontrar en el “Informe Bandoeng”. Por otra parte, la agenda acordada sirvió para la causa de los enfoques horizontales, aunque no fueran lo suficientemente fuertes que uno hubiera deseado. Además, como la mayoría de los temas discutidos fueron principalmente para los grandes países asiáticos participantes (China, India y Japón), un enfoque específico en las zonas tropicales hubiera estado fuera de lugar. Solamente en las secciones relativas a las medidas para combatir las enfermedades en las áreas rurales se hace alguna referencia a las necesidades específicas de los trópicos, como lo ejemplifican las recomendaciones hechas por el Comité de Malaria en cuanto a que:

... se requiere mayor investigación para desarrollar redes prácticas para mosquitos para las zonas rurales en los trópicos... ¡Un problema que permanece^{8 (p. 96)}

siendo tan actual hoy como lo era entonces!

Varios meses después del Congreso de Bandoeng, Sawyer, en su calidad de Presidente de la

Academia Americana de Medicina Tropical, habló sobre la importancia del medio ambiente en el estudio de las enfermedades tropicales. Después de definir una enfermedad tropical como “cualquier enfermedad que se comporta en un ambiente tropical” y a la medicina tropical como el

... estudio de la enfermedad tal y como se encuentra en los trópicos” [señaló que] el concepto de medicina tropical es inseparable del énfasis sobre el ambiente tropical y su influencia sobre la epidemiología y las manifestaciones clínicas de cualquier enfermedad que afectan al hombre en los países cálidos.²⁹

A pesar de que la idea central de su charla fue sobre la mejora de los estándares de enseñanza e investigación en las escuelas y departamentos de medicina tropical en la zona templada, hizo un llamado a la

... idea provinciana antigua, según la cual los países tropicales están esencialmente atrasados... [para dar paso al] pensamiento de que los centros científicos de los trópicos poseen trabajadores capaces que tienen mucho que dar en experiencia, materiales, y conocimiento de la localidad...²⁹ (p. 13)

El Dr. Alfred C Reed, Profesor de Medicina Tropical en la Universidad de California, San Francisco, EUA, retomó la charla de Sawyer, en su Discurso Presidencial de 1939 para la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Medicina Tropical, Reed vislumbró el “futuro de la medicina tropical” como uno que por necesidad estaba “dentro del mismo marco social que el de la medicina general”.

Esto significaba que

... la investigación y la práctica necesitaban ajustarse a la seguridad social en salud, para nuevas y más extensas relaciones gubernamentales y con un nuevo concepto de organismos de salud pública, en donde la investigación y la propaganda (la educación, así mal llamada a menudo) enfatizarían la salud y no la enfermedad, la higiene y no la cuarentena.³⁰

Nada de esto se materializó por diferentes razones, la mayoría asociadas con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, seguida rápidamente por la

Guerra Fría. Sin embargo, lo arriba mencionado sugiere que las potencias colonialistas no estaban dispuestas a explorar la higiene en el contexto de la LNHO y, a pesar del elocuente llamado de Sawyer hacia un enfoque más local, Sawyer, junto con Soper, otro jugador clave en la medicina tropical, perseguían políticas de control contrarias a las más integrales que promovía la LNHO. Estas mismas actitudes, es decir, las de las potencias colonialistas y la FR continuaron dominando cuando la Organización Mundial de la Salud se formó. Ellos facilitaron la participación de la OMS en enfermedades tropicales de manera vertical, es decir, de manera independiente de la infraestructura de los servicios de salud.

El grado en el que las experiencias de la LNHO y las de la OMS arrojan luz sobre la situación actual merece un mayor estudio, dado que hoy día la OMS y otros organismos de salud global están luchando contra las llamadas ¡enfermedades tropicales “olvidadas”! Una mirada a la estrategia actual de la OMS para la prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales olvidadas revela que muchas intervenciones del mismo tipo se han retomado para: quimioterapia preventiva, manejo intensivo de enfermedades, control de vectores y huéspedes intermedios, salud pública veterinaria en el humano-interfaz animal, y abastecimiento de agua potable, saneamiento e higiene.³¹ Lo que parece faltar es alguna consideración a los recursos humanos necesarios para implementar tales estrategias o a los muchos determinantes sociales y económicos que las impactan, cuya importancia había sido reconocida en Bandoeng.

Referencias

1. Brown T, Fee E. The Bandoeng Conference of 1937: a milestone in health and development. *Am J Public Health*. 2008;98(1):42-3
2. Mahler H. Promotion of primary health care in member countries of WHO. *Public Health Rep*. 1978;93(2):107-13.
3. Borowy I. International social medicine between the wars: positioning a volatile concept. *Hygiea Int*. 2007;6(2):13-35.
4. Borowy I. Coming to terms with world health: The League of Nations Health Organization 1921-1946. Frankfurt: Peter Lang; 2009.

5. Guénel A. The conference on rural hygiene in Bandung of 1937: towards a new vision of health care? Paper presented at: First International Conference on the History of Medicine in Southeast Asia; 2006 Jan 9-10; Siam Reap, Cambodia.
6. Amrith S. Health and well-being in Colonial and Post-Colonial India. Spring 2006 Lecture Series. Center for Health and Wellbeing, Woodrow Wilson School of Public and International Affairs, Princeton University [Cited with permission] Available at: http://www.princeton.edu/chw/events_archive/repository/03272006_amrith/.
7. Snowden F. The conquest of malaria: Italy, 1900-1962. New Haven: Yale University Press; 2006.
8. League of Nations Health Organization. Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene: held at Bandoeng, Java, August 3rd to 13th, 1937. League of Nations; 1937.
9. Gunn, Selskar M. Letter to: Raymond Fosdick, 1937 Sep 6. Located at: Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation, Record Group 1.1, Series 100, Box 21, Folder 180.
10. Dorolle P. The Organization of Health and Medical Services. Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene; August; Bandoeng: League of Nations; 1937.
11. Chen C. Organization of health and medical services. League of Nations, Intergovernmental conference of far-Eastern countries on rural hygiene; 1937 Aug 3-13; Bandoeng, Java. CH 1253, No. 2.
12. Bullock MB. An American transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College. Berkeley: University of California Press; 1980
13. Chen CC. Medicine in Rural China: A personal account. Berkeley: University of California Press; 1989.
14. Litsios S. Revisiting the schism. *Int J Health Serv.* 2014;44(4):817-34.
15. Hydrick J. Intensive rural hygiene work and public health education of the public health service of Netherlands India: Batavia; 1937.
16. Litsios S. The Rockefeller Foundation's struggle to correlate its existing medical program with public health work in China. In: Borowy I, editor. *Uneasy encounters: the politics of medicine and health in China, 1900-1937*. Frankfurt: Peter Lang; 2009.
17. Hatch D. Rural Reconstruction as Developed in India. Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene; August; Bandoeng: League of Nations Health Organization; 1937.
18. McGusty V. Report on Health and Medical Services. Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene; August; Bandoeng: League of Nations; 1937.
19. Brewster D. The turtle and the caduceus: how Pacific politics and modern medicine shaped the medical school in Fiji, 1885-2010. Xlibris, 2010.
20. Lambert, SM. *A Yankee Doctor in Paradise*. New York, Grosset & Dunlap, 1941.
21. The Rockefeller Foundation. Annual report 1928. New York: The Rockefeller Foundation.
22. Fisher FG. Raphael Cilento: A biography (St Lucia: University of Queensland Press; 1994.
23. Anderson W. The cultivation of whiteness: science, health and racial destiny in Australia. New York: Basic Books; 2003.
24. Cilento R, Lack C. *Triumph in the tropics: an historical sketch of Queensland*. Brisbane: Smith & Paterson; 1959.
25. Gunn, Selskar M. Letter to Max Mason, 9 September, 1935 (RAC, RF, RG1.1, S601, B14, F144)
26. Hsu L. Rural Reconstruction and Social Planning. Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene; August; Bandoeng: League of Nations Health Organization; 1937.
27. (RAC, RF, 3, 908, 3), page 15-6 (Sawyers opinion gathered by Hackett).
28. Hydrick J. Intensive Rural Hygiene Work and Public Education of the Public Health Service of Netherlands India. Batavia-Centrum, Java (Includes quotation from a letter by Dr CE Turner, chairman of the Health Section of the World Federation of Education Associations). 1937.
29. Sawyer WA. The importance of environment in the study of tropical diseases. *Am J Trop. Med Hyg* 1938;18(1):9-18.
30. Reed AC. The future of tropical medicine, *Am J Trop. Med Hyg* 1940;20(1):1-11.
31. <http://unitingtocombatntds.org/report/delivering-promises-driving-progress-second-report-uniting-combat-ntds>