

Acerca de "Una práctica de medicina social", escrito por Sidney y Emily Kark

Jaime Gofin

En el primer capítulo del libro "Una práctica de medicina social" de Kark y Steuart, publicado en 1962¹, Sidney y Emily Kark introducen el marco conceptual básico de la medicina social² y lo hacen a través de una serie de discusiones de casos, basados en su propia experiencia de campo, que comenzó en 1940.

Una práctica de medicina social

Este capítulo empieza con la frase: "La medicina social puede ser vista como una práctica médica preocupada por la salud y la enfermedad como función de la vida en grupo". En esta frase inicial, nos dicen que la medicina social es una práctica, no solamente una teoría; que es una parte integral del cuidado médico; que contempla la salud y la promoción de la salud, además de la enfermedad, y que no está limitada sólo a los individuos, sino que se preocupa por la familia y el contexto comunitario en el que vivimos.

Las descripciones de los Karks sobre las comunidades en las que ellos practicaron la medicina social son coloridas, con mucha información y proveen ejemplos vívidos sobre cómo esta práctica puede beneficiar muchos aspectos de la vida comunitaria. Empiezan con una discusión sobre una comunidad en un poblado de un distrito rural de Kwazulu-Natal, Pholela y muestran que el conocimiento de las características demográficas, culturales y sociales

de la población provee información básica para una apreciación adecuada de los determinantes de la salud y los recursos disponibles en la comunidad.

Uno de los recursos básicos que describen es, desde luego, el tipo de servicio de salud disponible en Pholela, que en esos primeros años era un servicio pionero. Un equipo de médicos y enfermeras eran responsables de la apreciación de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, con estas evaluaciones se hicieron diagnósticos comunitarios en los que fueron basados la promoción de la salud, así como los servicios de prevención y curativos. Estas concepciones están ahora en la primera línea de las propuestas de organismos internacionales de salud, para integrar la atención clínica individual y la salud pública³.

Un componente esencial de la práctica de la medicina social era un equipo que incluía, además de los médicos y las enfermeras, a un educador en salud y a un registrador de salud. La función del educador iba más allá que el brindar información sobre salud; jugaba un papel clave para la promoción de la comunicación. En esa época, la distinción entre la promoción de la salud y la educación en salud aún no existía⁴. El registrador de salud estaba entrenado para medir el progreso y el cambio en el estado de salud de la comunidad, así como para evaluar los programas de salud.

El proceso para promover la salud a nivel de la comunidad, o salud pública, debe ser semejante al que se sigue para proveer atención clínica a nivel individual, empezando con un diagnóstico. Por tanto, así como es necesario el conocimiento sobre fisiología y patología para realizar un buen diagnóstico a nivel individual, se debe considerar que "la epidemiología es la ciencia fundamental

Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria,
Hadassah y Universidad Hebrea, Jerusalén, y la
Escuela de Salud Pública y Servicios de Salud,
Universidad George Washington
Conflicto de Intereses: no declarado
Correspondencia con el autor: Dr. Jaime Gofin,
Ben Zeev 13/3 Jerusalem 97281, Israel
Email: jaime@md.huji.ac.il

para la medicina social".

La familia es enfatizada en la práctica de la medicina social. Tal como es descrita por los Karks, la familia es el "grupo primario" que tiene "cualidades íntimas y duraderas" que los profesionales de la salud deben tratar de conocer a través de relaciones cara-a-cara, especialmente con respecto a sus hábitos, sentimientos y creencias.

La atención individual era llevada a cabo dentro del "diagnóstico familiar", que requería habilidades epidemiológicas y clínicas. Un contemporáneo de los Karks, John Rodman Paul, definió la epidemiología clínica como "un matrimonio entre conceptos cuantitativos, utilizados por los epidemiólogos para estudiar la enfermedad en poblaciones, y la toma de decisiones en casos individuales, que es el día a día en la medicina clínica"⁵. El integrar la epidemiología al trabajo del médico de familia fue un cambio importante e innovador de ese tiempo.

Este primer capítulo brinda una ilustración de estos métodos en el Durban industrial, en el seno de una comunidad étnica mixta. Empieza con un análisis preciso y detallado de niños con un déficit nutricional. A través de un análisis meticuloso, pero al mismo tiempo sencillo, de 600 familias

elegidas al azar, por enfermeras, fueron capaces de identificar y caracterizar los elementos de una situación familiar anormal, descrita como una patología social, que fue considerada como determinante de su estado de salud. El estado de salud del niño es también evaluado dentro de su situación familiar sin lo cual no sería posible tener un diagnóstico adecuado del estado de salud.

La investigación fue considerada una parte importante de los servicios de salud y era una marca distintiva del trabajo de los Kark. La investigación implica la recolección y el análisis de datos demográficos, información sobre el estado de salud de los miembros de la comunidad y datos sobre las características culturales, sociales y de comportamiento. Información sobre el hábitat y el ambiente fue parte integral del diagnóstico. Por ende, fueron llevadas a cabo la medición de variables meteorológicas, como la lluvia, la temperatura y la humedad. De hecho, los autores nos dicen que una unidad de observación para tomar medidas meteorológicas fue instalada en Pholela, y fue considerada como parte de los servicios de atención primaria. ¡Esto fue una aproximación innovadora, cuarenta años antes de la Declaración de Alma Ata sobre la Atención



Primaria!

La evaluación inicial de la comunidad, fue seguida por encuestas continuas que revelaron deficiencias en las condiciones sanitarias y en el consumo de carne, leche y vegetales verdes. Por lo tanto, establecieron una unidad de demostración en el centro de salud para lidiar con estos problemas. Como consecuencia, dos programas pioneros se establecieron: instalación de letrinas de bajo costo para mejorar las condiciones sanitarias y una huerta de vegetales trabajada por el equipo de salud, miembros de la comunidad, y niños de la escuela. El programa de la huerta de vegetales incluía educación nutricional y aspectos de desarrollo comunitario, como técnicas de agricultura, una asociación de campesinos y un mercado local para la producción casera⁶. No todas las actividades fueron exitosas. Mientras que la evaluación mostró que la huerta casera fue bienvenida, también dejó ver que los programas sanitarios fueron mucho menos aceptados. Los estudios realizados encontraron que los sistemas culturales y de creencias eran discordantes con estas intervenciones y así explicaron la baja respuesta a estos nuevos programas de salud.

Finalmente, la enseñanza fue parte integral de la visión de los Karks en cuanto a los servicios de salud. La enseñanza llevada a cabo en el "laboratorio comunitario" estaba basada en salud y enfermedad, tal como eran expresados en el nivel de atención primaria. Estudiantes de varias profesiones relacionadas con la salud participaron en estudios clínicos y de salud comunitaria, en práctica de familia y, por lo tanto, estuvieron involucrados en todos los aspectos de la medicina social, incluyendo la atención a los individuos, la familia y la comunidad. La participación de los estudiantes fue crucial en el diseño de proyectos comunitarios de educación para la salud. Estos proyectos vinculaban estudios epidemiológicos con "cambios sociales y culturales". De este modo los estudiantes reconocían la "importancia del asociar lo que hace la gente con el *porqué* de sus decisiones".

En resumen, esta práctica pionera de Medicina Social en los 40s y 50s integró la atención clínica

y la salud pública a través de:

1. La consideración de la comunidad como un todo;
2. El reconocimiento de qué características conductuales, culturales y sociales eran componentes cruciales de la evaluación de la salud y la planificación de la atención;
3. La provisión del cuidado a la salud por un equipo;
4. El uso de la epidemiología como método para la evaluación de los determinantes de la salud y su cuidado;
5. El uso de la enseñanza y la investigación como partes integrales de los servicios de salud.

La génesis del libro de Kark y Steuart está basada en 20 años de experiencias de campo de Atención Primaria con orientación comunitaria en el marco del contexto socio-económico y político particular de Sudáfrica. A través de este trabajo Sidney y Emily Kark demostraron su compromiso con la salud de la población africana.

¿Quiénes fueron Sidney y Emily Kark?

La visión amplia de Sidney Kark sobre los determinantes sociales, culturales, económicos y políticos de la salud encontraron su expresión en muchas publicaciones, tales como: "El factor económico de la salud de los Bantú, en Sudáfrica"⁷ y "Problemas de salud nacional", que fueron escritos mientras Kark era estudiante de medicina⁸. Junto con Emily Kark, fundó la Sociedad para el Estudio de las Condiciones Médicas entre los Bantú⁹.

Dado el trabajo y actividades como estudiantes de medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Witwatersrand, Sidney y Emily Kark fueron reclutados en 1940 por la Secretaría de Salud del Departamento de Salud Gubernamental de Sudáfrica para crear una Unidad de Salud en Pholela, un área rural de lo que hoy es Kwazulu-Natal¹⁰. Los servicios ofrecidos en esta unidad de salud iban más allá de los que se proporciona en un contexto clínico típico. Esta unidad acogía un concepto nuevo del servicio de atención de la salud: el centro de salud

comunitario, que integraba tratamientos individuales en combinación con actividades de salud comunitaria. El modelo de atención en salud creado en Pholela fue eventualmente adoptado por todo el país, en una red nacional de 44 centros de salud comunitarios. La unidad de Pholela se convirtió, posteriormente, en parte del Instituto de Salud Familiar y Comunitaria en Durban^{9,10}. En 1946, Sidney Kark fue nombrado Director del Instituto y, después fue Director del Programa de Medicina Social, Preventiva y Familiar de la Universidad de Natal, en Durban.

Más de 200 centros de salud fueron planeados para Sudáfrica, conforme a las líneas propuestas por Kark. Desafortunadamente, debido a cambios en el gobierno de Sudáfrica, que introdujeron una política segregacionista, se interrumpió el desarrollo de nuevos centros de salud y, finalmente, forzó a la clausura de todos los centros existentes. Sidney Kark se vió forzado a abandonar el país en ese momento, ya que estas clausuras fueron emblemáticas del esfuerzo del régimen por negar sus ideas y dismantelar sus logros¹¹.

En 1958, Sidney Kark fue el Director Fundador del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos. Como fue planeado, un año después, él y Emily Kark dejaron Carolina del Norte para ir a Jerusalén, donde, junto a un equipo multidisciplinario de sus colegas de Durban, establecieron el Departamento de Medicina Social de la Universidad Hebrea y la Organización Médica Hadassah⁹. En 1960, el Departamento estableció una Maestría en Salud Pública para los trabajadores de salud israelíes y en 1970, fue creada una Maestría Internacional, que de manera conjunta tienen alrededor de 1200 graduados de 85 países.

Fue en el Centro de Salud en Pholela y en Durban que los Karks sembraron las semillas de lo que después denominaron *Community Oriented Primary Care* (COPC), en inglés, o "Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)", como lo denominamos nosotros. Estos conceptos fueron introducidos en Jerusalén, en el Centro de



Dra Emily Kark, cortesía de Dr. Jeremy Kark

Salud Comunitaria en Kiryat Hayovel, que fue la base del Departamento de Medicina Social. En ese centro la APOC era practicada, desarrollada, demostrada, evaluada y enseñada a estudiantes de las ciencias de la salud⁶.

A lo largo de su vida profesional, Sidney Kark integró conocimientos clínicos, metodologías rigurosas de investigación y justicia social en su práctica de la medicina y de la salud pública. Sus capacidades de comunicación oral y escrita les permitieron llegar a diversas culturas y profesiones, al introducir la APOC, provocando un cambio en el modo en que la medicina y la salud pública son practicadas a nivel mundial.¹²

Sidney era un escritor prolífico y publicó un buen número de libros. En 1962, su primer libro describía sus conceptos de medicina social². Su segundo libro "Epidemiología y Medicina



Sidney & Emily Kark, cortesía de Dr. Jeremy Kark

Comunitaria"¹³ enfatizaba el papel esencial de la epidemiología en esta rama de la medicina. Posteriormente, fusionó sus ideas en lo que hoy se conoce como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y publicó un libro que estableció esta aproximación como una ciencia: "La práctica de la atención primaria orientada a la comunidad"¹⁴. En 1994, el libro sobre APOC en Español, preparado y editado por SL Kark y su equipo¹⁵, es una clara indicación del apoyo que brindó Kark al trabajo que iniciamos en España en 1986¹⁶.

El último libro de Sidney y Emily Kark "Promoviendo Salud Comunitaria: de Pholela a Jerusalén"⁶ contiene un balance general sobre su trabajo en medicina social a lo largo de sus vidas profesionales. Entre los tantos artículos publicados acerca de los Karks y su trabajo, uno de tinte particular es: "¿Qué es medicina social?", del *Monthly Review* de enero, 2005. El artículo, que analiza la relación entre la medicina social y las preocupaciones sociales del siglo veinte, hace referencia a tres "médicos activistas", que incluyen a Sidney Kark, a Salvador Allende y al Che Guevara. Esta es la primera vez que Kark ha sido mencionado junto a Allende y al Che. A pesar de que estos hombres tomaron muy diferentes rumbos de vida, todos acogieron elementos de la medicina social como medio para promover la justicia social. Mientras que Salvador Allende y el Che Guevara optaron por su involucramiento político como modo de expresión de su ideología, Sidney Kark escogió el área de la salud pública. Sin

perder de vista la diferencia de los caminos elegidos, merece la pena enfatizar la influencia por la justicia social que ellos trajeron a grupos diversos interesados en sus vidas y en sus acciones.

Yo me relacioné en el trabajo de estos tres hombres de maneras muy distintas. Mientras trabajaba en asociaciones de estudiantes y profesionales en Uruguay y Latinoamérica en los años 60s y 70s, estudié la ideología de la medicina social de Salvador Allende y su participación activa en la vida política y académica. El involucramiento político del Che Guevara era, por supuesto, muy conocido, y tuve la oportunidad de encontrarme con él a principios de 1965. Nuestra conversación me condujo a estudiar de manera más profunda sus escritos sobre medicina social. Uno de los textos del Che que nunca fue terminado: "El papel del médico en Latinoamérica", estaba planeado como un ensayo largo de catorce capítulos que cubrieran no sólo temas de salud pública, problemas clínicos y la economía de la enfermedad y su geopolítica, sino también proyecciones sobre el "futuro socialista" de la medicina social en el continente"¹⁷.

Mi relación con Sidney Kark empezó en 1972, cuando yo estudiaba salud pública bajo su dirección. Posteriormente trabajé con él, y eventualmente fui el Director del Centro de Salud Comunitaria de Hadassah en Jerusalén. A través de los años, inclusive después de su jubilación en 1981, compartimos nuestras actividades internacionales en medicina comunitaria y APOC.

Las grandes diferencias en cuanto a la vida pública de estos tres médicos no debe impedir que identifiquemos su acuerdo central sobre los determinantes sociales de la salud y, por ende, de los elementos principales de la medicina social.

Sidney Kark falleció en abril 1998.

La relevancia actual de este texto

El artículo de Kark: "Patología social de la sífilis entre africanos", publicada en 1949, identificaba la dislocación social, el trabajo migrante, las condiciones de vida y la falta de apoyo psicológico como responsables para la

diseminación de la enfermedad; este texto fue publicado de nuevo recientemente en el *International Journal of Epidemiology*¹⁸. El artículo está acompañado de algunos otros trabajos que enfatizan la importancia del texto de 1949 para entender la epidemia del HIV/SIDA hoy en día^{11,19-21}.

La publicación en este número de la revista de Medicina Social del capítulo "Una práctica de la medicina social", escrito en 1962, es relevante hoy en día desde diversos ángulos:

a) Hay un interés creciente y considerable de la dimensión de la medicina social en las políticas y en la organización de la atención a la salud. El mismo lanzamiento de ésta revista (Medicina Social), a principios de 2005, evidencia este hecho. También lo es la creciente accesibilidad de datos de Latinoamérica en el desarrollo y en las experiencias de medicina social²². La medicina social ha sido también incorporada como materia predominante de salud pública en una muestra de 16 escuelas de medicina de seis países del sureste de Europa²³.

b) Los países donde los médicos familiares son elementos clave del equipo de salud en torno a la atención primaria, constituyen lugares donde la

dimensión de la medicina social tiene un gran potencial para ser expresada de manera completa. Hay claramente dos grupos de médicos familiares: aquéllos que enfatizan el desarrollo de las habilidades clínicas y de comunicación en la relación médico-paciente, como el centro de su especialidad en atención primaria, y los médicos que afirman que la medicina familiar debiera fusionarse de modo natural con la medicina comunitaria. Las actitudes de la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA, por sus siglas en inglés, *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) se ha vuelto más favorable a la medicina social. La Declaración Durban²⁴, firmada por WONCA, corrobora la necesidad de que los médicos de familia amplíen su campo de acción del individuo y su familia, a la comunidad. El manual de WONCA sobre "Mejorar sistemas de salud: contribuciones de la medicina familiar" analiza los diferentes papeles de la medicina familiar en la implementación de la atención primaria basada en la aproximación de Kark y su experiencia en APOC²⁵. Las experiencias de los últimos quince años entrenando médicos familiares españoles en



Fotografía tomada enfrente del Centro de Salud Comunitaria de Hadassah en Jerusalén.

Es la generación 1988 del Taller sobre Atención Primaria Orientada a la Comunidad, del Programa Internacional de la Maestría en Salud Pública.

Sentados, de izquierda a derecha, se encuentran algunos de los docentes: A Ifrah, R Gofin, SL Kark, JH Abramson, J Gofin.

Foto cortesía del Dr. Jaime Gofin

APOC, muestran el interés por ampliar las actividades clínicas y la identificación, con el componente comunitario de la especialidad (en España la especialidad es llamada Medicina Familiar y Comunitaria). Este interés está presente tanto en médicos familiares como en residentes y enfermeras²⁶.

c) Para poder manejar los resultados negativos de la fragmentación de los sistemas de salud, organismos internacionales están recomendando la integración de la medicina y la salud pública.²⁷ Esta integración requiere que ambas disciplinas sean valoradas de igual manera y que sean vistas como complementarias, lo cual implica un cambio de actitudes de los profesionales involucrados en cada una de estas disciplinas. La medicina social podría jugar un papel importante en la integración, a través de su énfasis en la importancia de los determinantes sociales de la salud en el diagnóstico de salud, así como su intervención, tanto en la atención individual, como en la atención a la población. Esta integración podría manejar la inequidad en salud, al tomar en cuenta la importancia de los derechos humanos por la salud. La implementación de esta integración requiere el estudio de fundamentos y de métodos, como los descritos y analizados por Kark en su primer capítulo, reproducido aquí.

d) APOC ejemplifica los aspectos programáticos de la medicina social, que pueden servir como puente entre la atención primaria y la salud pública. Los elementos que constituyen este puente son²⁸:

Como parte de las funciones de la *atención primaria*:

- Vigilancia sobre demografía y salud
- Tamizado y tratamiento en atención clínica
- Orientación individual, familiar y comunitaria
- Responsabilidad del equipo para la identificación de necesidades en salud y la atención priorizada de estas condiciones

Como parte de las funciones de la *Salud Pública*:

- Atención en salud para la población total
- El uso de la epidemiología y las ciencias sociales y del comportamiento

- Identificación-promoción del involucramiento comunitario
 - Promoción de la coordinación inter-sectorial
- e) APOC tiene un papel importante en la renovación de la atención primaria. Como resultado de un estudio minucioso sobre el desempeño de la atención primaria en la región de las Américas, llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud, los Ministros de Salud Pública aprobaron la Declaración para la Renovación de la Atención Primaria de la Salud²⁹ (APS). Los principios de la APOC fueron considerados como una de las aproximaciones adecuadas para dicha atención primaria. Al mismo tiempo, un análisis histórico publicado en el *American Journal of Public Health*, acerca del origen y el desarrollo de la aproximación de la APS, promovida por la Organización Mundial de la Salud desde la Conferencia de Alma Ata, rastreó esta APS al trabajo pionero de Kark en Sudáfrica^{30,31}.

Algunas recolecciones sobre Sidney Kark

Releer el capítulo de Kark me trae recuerdos y pensamientos sobre mis primeras experiencias con sus enseñanzas en 1972-74, cuando era estudiante en el Programa Internacional de la Maestría en Salud Pública. Kark nos describió su trabajo en los 40s y 50s en Sudáfrica. Estos mismos principios y métodos constituyeron la práctica llevada a cabo por Kark y su equipo en el Centro de Salud Comunitaria de Hadassah, desde principios de los 60s. Es el mismo marco conceptual y el mismo contenido de principios que hoy en día enseñamos a diversas audiencias en diferentes países. Es la consistencia actual de estos conceptos y su aproximación como una expresión de la medicina social, la que despierta el interés para aprender, enseñar y practicar la atención primaria con orientación comunitaria.

En 1972, en su curso sobre Epidemiología y Medicina Social, Kark describió a la medicina social en términos simples como: "lo social en la medicina"; enseñó que "lo social" debía ser siempre considerado, al referirse al diagnóstico, a la intervención o a la atención y a la evaluación.

Desde 1974 trabajé con el profesor Kark en la práctica, enseñanza e investigación de APOC en el Departamento de Medicina Social. Al jubilarse, tuve el privilegio de continuar su responsabilidad de enseñar APOC en la Escuela de Salud Pública y Salud Comunitaria de Jerusalén. Tenemos ahora la responsabilidad y el honor de continuar con su práctica a través de la aplicación crítica de APOC para el mantenimiento y el mejoramiento de la salud del público.

Post-script

Mientras preparaba este texto en diciembre del 2005, estuve en contacto con Emily Kark, la compañera de vida y colega de SL Kark, con quien compartí pensamientos y datos. Tristemente, Emily Kark falleció el 8 de enero del 2006.

Reconocimientos:

Agradezco a Rosa Gofin sus aportes críticos en la preparación de este texto.

Referencias

1. Kark SL, Steuart GW, editors. *A Practice of Social Medicine: A South African Team's Experiences in Different African Communities*. Edinburgh: E&S Livingstone Ltd., 1962.
2. Kark SL, Kark E. *A Practice of Social Medicine*. In: Kark SL, Steuart GW, editors. *A Practice of Social Medicine: A South African Team's Experiences in Different African Communities*. Edinburgh: E&S Livingstone Ltd., 1962.
3. Gofin J. Integrating Medicine and Public Health. On behalf of the Task Force on "Integrating Medicine and Public Health. Network Towards Unity For Health Newsletter" 2005; 24:6-13.
4. Tones K. Health promotion, health education and the public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
5. Paul J. Clinical Epidemiology. *Journal of Clinical Investigation* 1938; 17:539-541.
6. Kark SL, Kark E. *Promoting Community Health: From Pholela to Jerusalem*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1999.
7. Kark SL. The economic factor in the health of the Bantu in South Africa. *Leech* 1934; 5:18-22.
8. Kark SL. Problems of National Health. *Leech* 1935; 6:12-19.
9. Kark JD, Abramson JH. Sidney Kark's contributions to epidemiology and community medicine. *Int J Epidemiol* 2003; 32(5):882-884.
10. Susser M. Pioneering community-oriented primary care. *Bull World Health Organ* 1999; 77(5):436-438.
11. Gazi C. Commentary: the legacy of Sidney Kark. *Int J Epidemiol* 2003; 32(2):187.
12. Gofin J. International applications of S.L. Kark's COPC Model. *A Memorial to Professor Sidney L. Kark*. Jerusalem: Alumni Association of the Braun Hebrew University - Hadassah School of Public Health and Community Medicine, 1999.
13. Kark SL. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.
14. Kark SL. *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.
15. Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona: DOYMA, 1994.
16. Gofin J, Foz G. La Orientación Comunitaria de la Atención Primaria: un Legado del Prof. SL Kark (1911-1998). *Aten Primaria* 1999; 23:97-103.
17. Taibo II P. Ernesto Guevara, también conocido como el Che. Barcelona: Editorial Planeta, 2003.
18. Kark SL. The social pathology of syphilis in Africans. 1949. *Int J Epidemiol* 2003; 32(2):181-186.
19. Ebrahim S. The lessons of history. *Int J Epidemiol* 2003; 32(2):177.
20. Reddy PS, Mbewu AD, Nogoduka CM. Commentary: sexually transmitted infection in South Africa: 50 years after Sidney Kark. *Int J Epidemiol* 2003; 32(2):187-189.
21. Myer L, Morroni C, Susser ES. Commentary: the social pathology of the HIV/AIDS pandemic. *Int J Epidemiol* 2003; 32(2):189-192.
22. Eldredge JD, Waitzkin H, Buchanan HS, Teal J, Iriart C, Wiley K et al. The Latin American Social Medicine database. *BMC Public Health* 2004; 4:69.
23. Likic R, Dusek T, Horvat D. Analysis and prospects for curricular reform of medical schools in Southeast Europe. *Med Educ* 2005; 39(8):833-840.
24. The Durban Declaration. Durban: 1997. Available at www.rudasa.org.za/.
25. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. *Improving health systems: The contribution of family medicine – A Guidebook*. Singapore: World Organization of Family Doctors (WONCA); Bestprint Printing Company, 2002.
26. Foz G, Gofin J, Montaner I. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. In: Martin Zurro A, Cano Perez J, editors. *Atención Primaria – conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, 2003: 345-364.

27. Gofin J. Integrating Medicine and Public Health. On behalf of the task Force on "Integrating Medicine and Public Health. Network Towards Unity For Health Newsletter" 2005; 24:6-13.
28. Gofin J. Bridging the gap between medicine and public health: the Community Oriented Primary Care (COPC) approach. Presentation at the American Public Health Association (APHA) 132 Annual Meeting, Washington, DC: 2004.
29. Regional Declaration on the new orientations for Primary Health Care (PHC): Renewing Primary Health Care in the Americas: A Strategic and Programmatic Orientation for the Pan American Health Organization . 9-26-0005. Washington, Pan American Health Organization.
30. Litsios S. The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach. Am J Public Health 2004; 94(11):1884-1893.
31. Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care and primary health care. Am J Public Health 2005; 95(5):757.

