

Una alternativa en la formación comunitaria del médico

Dra. Sofía V. Dauajare Cinta*
Dra. Beatriz Piña Barba**

Introducción

La finalidad del presente artículo es la de presentar brevemente el Programa de Proyección a la Comunidad: cuáles son los antecedentes y necesidades en que se fundamenta, qué objetivos persigue, cómo es su organización interna, qué logros y tropiezos ha tenido en su desarrollo, qué perspectivas ofrece a futuro. La experiencia obtenida en 4 años de trabajo se analiza aquí críticamente con el deseo de compartirla con otras personas cuya labor es similar: la de buscar nuevas formas de docencia que contribuyan a la formación de un médico cuya práctica logre incidir de manera efectiva en la solución de la problemática de salud de nuestro país, con una actitud de compromiso real y con bases científicas sólidas que le permitan comprender al hombre en sus 3 dimensiones: biológica, psicológica y social.

El trabajo será presentado en 3 partes:

- I Antecedentes
- II Qué es el Programa
- III Resultados y alternativas

Antecedentes

a) *El Informe Flexner*

En 1910 se publicó en los Estados Unidos de Norteamérica el "Informe Flexner", investigación que pretendía dar lineamientos para encauzar e impulsar el avance de la enseñanza de la medicina. Dicho informe proponía básicamente: la necesidad de privilegiar la formación del médico en laboratorios y hospitales; el acento en el conocimiento de las ciencias biomédicas como base del saber médico; y la urgencia de contar con escuelas de medicina

* Jefe del Depto. de Ciclos XI y XII, Secretaría de Internado y Servicio Social Facultad de Medicina, U. N. A. M.

** Profesor Coordinador de Campo del Depto. de Ciclos XI y XII, Facultad de Medicina, U. N. A. M.

de alta calidad, afiliadas a las Universidades, que pudieran ser acreditadas para la formación de médicos.

Con base en este informe se efectúa una profunda reorganización en la educación médica, que contribuye a consolidar una práctica médica biologicista; con una concepción fragmentaria del hombre, pues enfatiza el estudio de sistemas y órganos aislados que conduce a la especialización médica y divorciada de cualquier consideración sobre las causas sociales de las enfermedades.

El Informe Flexner no sólo marca en definitiva el cauce de la enseñanza de la Medicina en Estados Unidos, sino que impone un modelo para muchos países, incluyendo México.

Y como suele suceder con los trasplantes, el modelo flexneriano no corresponde a las necesidades que impone la realidad sanitaria del país y contribuye por lo tanto a la creación de médicos desvinculados de su realidad social.

b) *La situación de salud en México*

Si analizamos, por nuestra parte el panorama de salud de la población mexicana, encontramos que cuantitativamente ha habido cambios notables a partir del año 1900; las tasas de mortalidad general y por grupos de edades señalan un descenso considerable (cuadro 1).

Sin embargo, cualitativamente no se puede afirmar lo mismo, pues en el año de 1975 las causas principales de mortalidad señalaban aún un predominio de las enfermedades transmisibles, que representaron el 36.4 por ciento de las defunciones totales en ese año y en este grupo, las prevenibles por inmunizaciones constituyeron la décima parte.

Los accidentes, los hechos violentos, las enfermedades carenciales y las maternas continúan como causas de muerte, agregándose en los últimos años los padecimientos malig-



MEMORIAL BIBLIOTECA DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE MEDICINA

**Cuadro 1. Mortalidad por grupos de edad en la República Mexicana
1900 - 1973**

Grupo de edad	1900	1910	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1973
Menores de 1 año**	287.4	295.6	223.1	131.6	125.7	96.2	74.2	68.5	51.4
De 1 a 4	71.1	--	48.7	55.4	48.2	27.8	14.5	11.6	6.4
De 5 a 14	9.8	--	5.3	9.0	6.1	3.5	2.1	1.6	1.2
De 15 a 44	17.3	--	12.0	11.5	10.2	6.3	4.2	3.5	3.2
De 45 a 64	31.7	--	29.9	27.0	25.0	18.0	14.2	13.5	11.8
De 65 y Más	122.0	--	116.3	95.1	101.2	80.0	66.8	62.9	57.0
Se ignora	4.0	--	--	421.9	138.8	17.8	4.6	--	--
Todas las Edades	33.7	33.4	25.4	26.6	23.2	16.2	11.2	9.9	8.2

* Tasa por 1 000 habitantes del grupo de edad correspondiente
** Tasa por 1 000 nacidos vivos registrados
Fuente: DGE/SIC

nos y degenerativos (cuadro 2). Además, del total de defunciones registradas en ese año, casi el 40 por ciento ocurrieron en menores de 15 años, lo que traduce un altísimo componente de defunciones en edades tempranas.

Actualmente en cuanto a cantidad, los recursos médicos son suficientes en relación al número total de la población, de acuerdo con la relación ideal señalada para Latinoamérica, de un médico por cada 1,000 habitantes. No obstante, nos encontramos ante un panorama de salud que no ha sufrido cambios significativos desde el punto de vista cualitativo y un número adecuado de médicos que por su formación y participación social, no han logrado influir importantemente en la mejoría del estado de salud del país.

Indudablemente dichos problemas son resultados de una causalidad múltiple ubicada en las esferas socio-económica y política del país, en las instituciones de atención médica y también en las instituciones encargadas de formación de personal para la salud.

El siguiente análisis pretende abordar únicamente el aspecto de docencia, específicamente en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., por ser ésta la Institución que mayor número de médicos forma en el país.

c) Cambios curriculares

La inquietud por adecuar la enseñanza de la medicina a las necesidades reales de nuestro país comienza a plasmarse objetivamente sólo hasta el año de 1968, cuando se introducen los aspectos preventivos y sociales en los ciclos II (Medicina Preventiva), III (Salud Pública) y VII (Medicina Social). La Nosología Básica Integral (ciclo IV) substituye a la antigua "patología" y se constituye en eslabón entre las materias básicas y clínicas.

Sin embargo, cabe señalar, que los contenidos introducidos (Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina Social), constituyen únicamente el 3.8 por ciento del total de créditos del Plan de Estudios; no existiendo continuidad por su ubicación, ni estando integrados totalmente a la práctica médica, de tal manera que, cuando el alumno tiene la oportunidad de aplicar estos conocimientos es hasta los dos últimos ciclos de la carrera, no lográndose aprendizajes verdaderos, sino en casos excepcionales en que por interés individual, continúa el alumno formándose en estas áreas.

El taller de "Planificación y Administración de la Enseñanza", realizado en 1971, se plantea como propósito el diseño de nuevos

procedimientos para la mejoría de la programación y metodología de la enseñanza del Plan de Estudios de la Facultad de Medicina. Así, ofrece en 1974 el Plan A-36, (después de haberlo sometido a prueba como plan experimental durante dos años), como una alternativa a la enseñanza de la Medicina.

En 1976 se realiza el “Taller de Análisis y Diseño Curricular”, donde se evalúa lo planeado en 1971. La evaluación del Plan A-36 sólo puede hacerse parcialmente, respecto de los procedimientos y no de los resultados, ya que se había iniciado formalmente 2 años antes. Este taller define el problema de estudio en: la incongruencia del médico de la Facultad de Medicina para contribuir en forma eficiente a la solución de la problemática del país; y el acrecentamiento del subempleo de dichos egresados, sin que por ello mejore el panorama de salud.

Subraya como problemas centrales con respecto a la formación del médico:

- » La incongruencia entre el perfil profesional del médico y los objetivos terminales de la carrera.
- » Un Plan de Estudios que contiene asignaturas aisladas, lo que origina una fragmentación del conocimiento.
- » Una metodología de la enseñanza básicamente pasiva, que fomenta la formación individualista.

Con la problemática así planteada, corresponde en el año de 1977 a la Secretaría de Internado y Servicio Social, responsable de la “formación final” de los alumnos en los últimos 4 ciclos de la carrera (IX y X correspondientes al Internado Rotatorio de Pregrado; XI y XII al Servicio Social), la búsqueda de respuestas en el área educativa, que con base en una experiencia piloto, pudiera introducir cambios significativos en la adecuación del Plan de Estudios.

d) *Los caminos abiertos*

Es en los ciclos correspondientes al Servicio Social, donde los alumnos se enfrentan a los problemas de salud más frecuentes que se resuelven en el nivel de contacto primario, lo que implica la necesidad de participación de la comunidad para acciones de prevención

primaria, donde se evidencian con más claridad las deficiencias en la formación de los alumnos.

En la búsqueda de respuestas, la Secretaría procura analizar las políticas de la O.M.S. para Latinoamérica, dada la problemática socioeconómica, de salud y de formación de recursos semejantes a los de nuestro país. Así, considera valiosa la proposición hecha en 1963 por la reunión de Ministros de Salud, celebrada en Washington, de estimular a las escuelas de medicina para planear sus programas de trabajo en colaboración con los Ministros de Salud, a fin de equilibrar los aspectos curativos y preventivos, utilizando también los Centros de Salud (y no sólo los hospitales) como lugares de aprendizaje. También trata de recoger la recomendación hecha en la reunión de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en 1968 en Buenos Aires, en el sentido de experimentar con nuevas estructuras docentes en la formación de recursos humanos para la salud. Y por último, lo planteado en el Plan Decenal de las Américas, producto de la reunión de Santiago de Chile en 1972, sobre la necesidad de organizar la enseñanza con base a problemas y no a disciplinas, recomendándose una relación más estrecha de los organismos de salud con las universidades, por medio de la regionalización docente-asistencial.

La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina realiza un intento loable al promover en el año de 1972 el programa “Salud y Comunidad”, que se convierte en un Proyecto Continental de Enseñanza de Medicina de la Comunidad, con los propósitos de: llevar la enseñanza fuera de sus tradicionales fronteras, para confrontar al alumno con la realidad comunitaria en los diversos niveles del sistema de atención para la salud; estrechar para lograr la utilización racional de todos los recursos de salud; incluir en el trabajo a todas las profesiones vinculadas con la salud y crear un organismo universitario capaz de coordinar la totalidad de las actividades de asistencia y de educación. Desgraciadamente en ese año no se contaba aún con los resultados de tal esfuerzo, por lo que no fue posible aprove-

Cuadro 2. Evolución de las 10 principales causas de mortalidad (Estados Unidos Mexicanos) 1922 - 1975

Causas	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1975
Gastroenteritis y colitis	1 ^º) 347.3	1 ^º) 459.1	1 ^º) 488.2	1 ^º) 280.6	1 ^º) 166.7	2 ^º) 143.4	1 ^º) 84.9
Neumonías	1 ^º) 298.8	2 ^º) 350.7	2 ^º) 354.3	2 ^º) 255.0	2 ^º) 136.8	1 ^º) 146.9	2 ^º) 82.2
Paludismo	3 ^º) 173.3	3 ^º) 164.3	3 ^º) 121.0	4 ^º) 89.1			
Tosferina	4 ^º) 99.6	4 ^º) 112.1		8 ^º) 46.1			
Viruela	5 ^º) 82.8	5 ^º) 104.9					
Mortalidad perinatal	6 ^º) 78.0	8 ^º) 69.8	4 ^º) 100.2	3 ^º) 97.9	3 ^º) 130.6	5 ^º) 51.4	5 ^º) 36.2
TB del aparato respiratorio	7 ^º) 67.8	9 ^º) 61.4	10 ^º) 47.7	10 ^º) 35.8	9 ^º) 22.9		
Bronquitis	8 ^º) 55.0	10 ^º) 55.3	7 ^º) 66.4	9 ^º) 37.0	8 ^º) 29.3	7 ^º) 29.2	
Gripe e influenza	9 ^º) 50.2				10 ^º) 20.5	10 ^º) 23.6	
Homicidios	10 ^º) 35.1	7 ^º) 77.2	6 ^º) 66.7	6 ^º) 48.1	7 ^º) 31.0		10 ^º) 17.7
Sarampión		6 ^º) 92.5	5 ^º) 90.7			9 ^º) 24.2	
Enfermedades del corazón			8 ^º) 54.0	5 ^º) 71.7	4 ^º) 67.0	5 ^º) 66.7	3 ^º) 75.9
Accidentes			9 ^º) 51.3		5 ^º) 40.2	4 ^º) 52.5	4 ^º) 45.1
Tumores malignos				7 ^º) 46.5	6 ^º) 34.7	6 ^º) 37.5	6 ^º) 36.0
Enfermedades cerebrovasculares						8 ^º) 24.7	7 ^º) 21.3
Cirrosis hepática con mención de alcoholismo							8 ^º) 20.3
Cirrosis hepática sin mención de alcoholismo							9 ^º) 20.3

(*) Aparece antes del paréntesis el lugar ocupado por esa causa dentro de la mortalidad de ese año, y a continuación las Tasas de mortalidad por 100,000 habitantes.

char por completo esta experiencia.

e) *El nacimiento del proyecto*

Lo que pretendía la Secretaría de Internado y Servicio Social era básicamente:

1. Ubicar al alumno en unidades de contacto primario del Sector Salud para la práctica de sus ciclos IX y X, ya que esencialmente ésta se realizaba en unidades de nivel de contacto secundario y terciario.
2. Establecer la secuencialidad de los contenidos de ciclos anteriores con el año de Servicio Social.
3. Proporcionar al alumno la formación básica necesaria, que le permitiera en el Servicio Social y en su ejercicio profesional posterior, enfrentar los problemas de salud de una comunidad, utilizando los recursos existentes, mediante una experiencia asesorada.

Al no contar con una infraestructura de servicios asistenciales ni con los recursos financieros que le permitieran crear sus propias unidades, la Secretaría establece la coordinación de la Dirección General de Salubridad en

el Distrito Federal, para utilizar su infraestructura, procediéndose entonces a la elaboración del "Programa Piloto de Atención Médica a Comunidades Marginadas del Sur de la Ciudad", que posteriormente habría de llamarse "Proyecto de Colaboración de Contacto Primario en Comunidades del Area Metropolitana" para finalmente constituirse en el "Programa de Proyección a la Comunidad".

Una vez seleccionadas las comunidades y los Centros de Salud en los que colaborarían, los alumnos adscritos a la SSA en el área metropolitana en los ciclos IX y X, estarían en la comunidad durante 3 meses, participando en los programas de salud de la Dirección General de Salubridad en el D.F. (S.S.A.) como un recurso más del equipo de salud ya existente.

La estructura del Proyecto contemplaba 3 subprogramas: Asistencia, Docencia e Investigación. Y 3 etapas a cubrir dentro de la comunidad:

- a) Diagnóstico de Salud
- b) Regionalización Docente-Asistencial

c) Consolidación

Qué es el programa

a) *Objetivos generales*

En el año de 1978 se inicia el programa con los siguientes objetivos generales:

1. Ubicar temporalmente al alumno en unidades de contacto primario del sector salud.
2. Establecer la secuencialidad de los contenidos de ciclos anteriores (específicamente en las áreas de Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina Social), con el año de Servicio Social.
3. Brindar al alumno una experiencia asesorada que le permita obtener la formación básica necesaria para poder posteriormente, en el Servicio Social, enfrentar la problemática de salud de la comunidad asignada, utilizando los recursos existentes; contribuir al mejoramiento educacional de la población en cuestiones de salud; y promover la participación de la comunidad en la resolución de sus problemas sanitarios.

b) *Infraestructura*

Para lograr dichos objetivos fue necesario, como paso previo, establecer la coordinación con alguna institución que brindara servicios de atención médica a nivel de contacto primario y que permitiera al programa utilizar su infraestructura, recibiendo a cambio algún beneficio. Dicha coordinación se estableció con la Dirección General de Salubridad en el D.F., procediéndose entonces conjuntamente a:

- » La investigación de los rendimientos de atención médica de las unidades de contacto primario de la S.S.A., ubicadas en la zona sur del D.F. (dado que su cercanía con la U.N.A.M. permitiría realizar una supervisión continua) y de las características socioeconómicas y de salud de las poblaciones cubiertas por ellas.
- » El Estudio de los Programas de Atención Médica que se efectúa en dichas unidades y de su organización interna.

Así se seleccionaron 6 Centros de Salud: David Fragoso Lizalde (área San Pedro Mártir).

Angel de la Garza Brito (área de Magdalena Contreras).

Gerardo Varela Mariscal (área de Ajusco).
José Castro Villagrana (área de Tlalpan).
Xochimilco y Tulyehualco (mismas áreas).

Las comunidades a trabajar en el área de influencia de cada Centro fueron seleccionadas con base en la dificultad para su acceso y el desconocimiento de la problemática de salud existente en ellas y de sus condicionantes.

Así pues, los alumnos internos de pregrado (ciclos IX y X) adscritos a la S.S.A. en el Área Metropolitana, permanecieron desde 1978, durante 3 meses en la comunidad, participando en cada uno de los programas del Centro de Salud, con acciones intra y extramuros, agregándose en esta forma como un recurso más al equipo de salud ya existente.

c) *Estructura del programa*

Era esencial lograr la integración teórico-práctica, por lo que el programa se estructuró en 3 subprogramas: Docencia, Asistencia e Investigación. El primero constituiría el soporte teórico de las actividades y los dos siguientes, la práctica de lo aprendido durante los ciclos anteriores y en el mismo programa.

Cada subprograma contemplaba objetivos y actividades específicas, a saber:

Docencia

Este subprograma incluía dos áreas: la de Clínica y la de Epidemiología. La primera tenía la finalidad de revisar los temas de Medicina General señalados por el Programa General de Enseñanza de Ciclos IX y X, de manera que los alumnos cubrieran dichos temas médicos básicos con un enfoque epidemiológico, lo que permitiría el estudio integral del proceso salud-enfermedad. En el área de Epidemiología se fijaron los siguientes objetivos para el alumno:

- » Utilizar los métodos científico, estadístico y epidemiológico en la identificación y análisis de cualquier problema de salud.
- » Aplicar una metodología específica en la organización y desempeño de las actividades que como médicos comunitarios desarrollarían en el Programa.
- » Señalar las medidas específicas en los 3 ni-

veles de prevención para la solución de los problemas de salud detectados en la Comunidad.

- » Ubicar su función social como médico, en la solución de la patología y sus condicionantes, analizando la organización del sector salud para situarse como un recurso humano de la Institución en los niveles correspondientes.

Las actividades señaladas en este subprograma implicaron la participación de los alumnos en la generación de sus aprendizajes a través del trabajo grupal en forma de seminarios, mesas redondas, discusiones dirigidas y otras técnicas educativas; de la investigación documental y de la elaboración de material didáctico de apoyo.

Asistencia

Los objetivos a alcanzar por el alumno fueron:

- » Realizar actividades de educación para la salud que impliquen planeación previa, trabajo grupal, sistematización, continuidad y utilización de los recursos existentes, como una medida en contra de los problemas de salud.
- » Atender integralmente a la familia mediante la participación del alumno en los programas de: Planificación Familiar, Control Prenatal, Control del Niño Sano, Control de Tuberculosis, Cáncer Cervicouterino, Cáncer de Mama e Inmunizaciones.
- » Incrementar la utilización de los Servicios de Salud de Contacto Primario existentes en las localidades mediante la integración del alumno al equipo de salud existente.

Las actividades señaladas para este subprograma implicaron la participación del alumno en los programas de salud de los Centros de Salud (ya mencionados). Las áreas de acción fueron los consultorios del Centro de Salud, los hogares de las familias y las escuelas.

Investigación

Los objetivos planteados fueron:

- » Realizar un estudio socioeconómico en las poblaciones seleccionadas.
- » Realizar un diagnóstico de salud en las comunidades seleccionadas por el estudio so-

cioeconómico.

- » Elaborar proyectos de investigación específicos para el mayor conocimiento de la problemática allí encontrada con la elaboración de los Departamentos de Ciencias Básicas de la Facultad.

En este subprograma, la actividad fundamental señalada fue la visita domiciliar para la recolección de datos referentes al estado socioeconómico y de morbilidad familiar en la primer etapa. Posteriormente la participación del alumno en encuestas de morbilidad como parte de investigaciones epidemiológicas específicas.

d) *Metodología* (descripción cronológica):

Año de 1978

Trimestralmente egresaban de los hospitales de la S.S.A. alrededor de 200 alumnos internos de pregrado y se incorporaban al Programa, organizándose para el trabajo, en equipos de 20 alumnos (módulos de docencia-asistencial), coordinados por un profesor responsable de cada módulo. Por cada Centro de Salud se asignaron 2 módulos.

Cada grupo fue sometido a un adiestramiento que le permitiera el contacto inicial con la comunidad, además del conocimiento de la estructura y funcionamiento del Centro.

Previo presentación de los alumnos a las autoridades locales, se procedió a aplicar un "Expediente Clínico Familiar" en 18 localidades del área de cobertura de los Centros de Salud ya mencionados. Este instrumento permitió obtener información acerca de las condiciones de vida de las familias y de las condiciones de salud de cada uno de sus miembros. Así, al detectarse un caso de enfermedad, se enviaba al Centro de Salud para su tratamiento o para su canalización y seguimiento a otro nivel.

Se inició la formación de grupos de Educación para la Salud, que si bien en algunas comunidades ya existían, era tal la heterogeneidad de sus miembros en cuanto a características etarias, culturales y de interés, que no existía una cohesión real y el trabajo se limitaba a actividades aisladas, pláticas esporádicas e improvisadas sin trascendencia. Este trabajo permitió una mejor aceptación del programa.

ma por parte de las poblaciones.

Se establecieron roles en los módulos de tal manera que mientras unos alumnos visitaban a las familias para la elaboración de los expedientes clínicos familiares, la detección y/o el control de los enfermos, otros asistían a los consultorios de los Centros de Salud, donde presenciaban la consulta brindada por el personal médico de la propia unidad, a los enfermos remitidos de la comunidad, pudiendo así realizar el seguimiento de los casos; y un tercer grupo realizaba actividades de educación para la salud y participaba en las escuelas en el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

Año de 1979

De las 18 localidades, se seleccionaron siete para proseguir el trabajo bajo los criterios de lejanía de zona en relación al Centro de Salud, baja demanda de servicios al mismo Centro de Salud, estado socioeconómico precario y mayor problemática de salud. Se planeó el trabajo por sectores, lo cual implicó el mapeo de las localidades para la ubicación de las familias y la delimitación de cada sector. Así cada módulo se hizo responsable de visitar semanalmente a las familias de su sector, vigilando su estado de salud.

A través de estas "Visitas Domiciliarias" se formaron nuevos grupos de educación para la Salud y las acciones con éstas se integraron y organizaron a través de cursos.

La sectorización y el seguimiento longitudinal de las familias permitió integrar un diagnóstico de salud por comunidad, y así la realización de acciones concretas y específicas en aspectos de educación, tratamiento y control.

En 3 localidades se establecieron consultorios que se constituyeron en apoyo al Centro de Salud, donde cada familia contaba con un expediente completo.

Para elevar el nivel académico de los profesores coordinadores responsables de cada módulo, se implantó un programa de enseñanza continua, además, todos obtuvieron la formación básica en docencia en el Centro de Investigación y Servicios Educativos (C.I.S.E.) de la U.N.A.M.

Año de 1980

El conocimiento de la morbilidad local y de

los factores que la condicionan permitió en el terreno asistencial profundizar el trabajo con las familias, lográndose la atención integral del núcleo familiar mediante la ejecución de actividades concretas en contra de los problemas ahí encontrados.

En cuanto a la investigación, se implementaron los siguientes:

- » Investigación epidemiológica de Fiebre Reumática en 5 comunidades del D. F.
- » Epidemiología de la escabiasis en 5 comunidades del D. F.
- » El bajo peso como factor de riesgo en las enfermedades infecciosas.

A medida que se hacían más específicas las actividades de atención médica y de investigación, mayor especificidad requerían también los contenidos educativos, por lo que el subprograma de docencia hubo de adecuarse.

Año de 1981

En el año pasado se han podido consolidar los grupos de educación para la salud formados dentro de las comunidades, finalizándose con ellos la revisión de los temas básicos de higiene y prevención adecuados a las necesidades y condiciones de cada lugar.

Debido al crecimiento numérico de los Centros de Salud Comunitarios de la S.S.A., en todo el D. F., y a la relevancia que han cobrado los mismos por cuanto que representan un esfuerzo para ampliar la cobertura y la calidad de la atención médica, el Programa de Proyección a la Comunidad debió cambiar su antigua ubicación en los Centros de Salud seleccionados, hacia estos nuevos centros. Esto presenta la ventaja de que el alumno tiene ahora mayores posibilidades de acción y de colaboración con el personal de la S.S.A., y puede incidir de forma más organizada y con mayores elementos de infraestructura en los problemas de salud de las comunidades.

En cuanto a la investigación se procuró que el alumno participara activamente en la elaboración o crítica de los protocolos propuestos por el Programa, con el fin de lograr un aprendizaje más significativo.

Se realizó la investigación: "Comparación de Dos Sistemas de Referencia de Pacientes en la S.S.A., en Padecimientos Pediátricos cuyo Tratamiento es Quirúrgico".

En el área de docencia y aún en el "Trabajo

de Campo” hubo ciertos cambios debidos a la introducción de nuevos objetivos, acordes a las nuevas perspectivas que la Secretaría de Internado y Servicio Social plantea actualmente como futuro para el Programa. (La presentación de estas perspectivas se elaborará más adelante).

Resultados

Entre los objetivos centrales del Programa de Proyección a la Comunidad se halla:

El prestar a las comunidades servicios asistenciales y educativos en coordinación con la S.S.A. y contribuir mediante la investigación al conocimiento de los problemas de salud más importantes en las mismas. Iniciaremos pues, comentando los resultados de las acciones realizadas aquí, durante los años de 1978 a 1981.

e) Asistencia.

» 1978. A través del Expediente Clínico Familiar se detectaron y canalizaron a los Centros de Salud, 1,887 casos para su atención como resultado de esta acción, se incrementó la consulta en relación al año anterior, porcentualmente de la siguiente manera:

Unidad de Atención Médica	Incremento
Centro de Salud “Dr. David Fragoso Lizalde”	28 %
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”	6 %
Centro de Salud “Dr. Angel de la Garza Brito	24 %
Centro de Salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal”	13.1 %
Centro de Salud “Xochimilco”	22 %
Centro de Salud “Tulyehualco”	5.1 %

» 1979. Se realizó visita semanal a 2,086 familias con el objeto de brindar una atención integral.

Se detectaron 8,166 casos que requerían atención médica y se canalizaron a otros niveles de atención a 1,520 personas.

» 1980. Se realizó atención integral de 2,079 familias.

Se detectaron 5,586 casos que requirieron atención médica y se canalizaron 5,458 a los centros de Salud.

» 1981. Se atendieron 2,070 familias, mediante visita semanal.

Se detectaron 3,179 casos que requirieron atención médica y se canalizaron 961 a los centros de Salud (cuadros 3 y 4).

Educación para la salud

Con base en la morbilidad observada, se realizaron las siguientes actividades educativas:

» 1978. Se formaron 26 grupos de Educación para la Salud, se realizaron 379 sesiones, con diversidad de técnicas que procuraban la participación de los asistentes.

» 1979. Se integraron 58 grupos en las comunidades. Se ofrecieron 1,459 actividades, comprendiendo 23 temas de interés general, con asistencia de 54,663 individuos.

» 1980. Se realizaron 1,118 actividades de Educación para la Salud con un total de 41,839 asistentes de la comunidad, trabajando, con los grupos ya formados.

» 1981. Se realizaron 1,407 actividades de Educación para la Salud con un total de 60,979 asistentes de la comunidad, con los grupos ya formados.

Los alumnos internos de pregrado apoyaron con actividades educativas diversos programas de la S.S.A. (inmunizaciones, detección de Fiebre Reumática, prevención de Ca. Cu., etc.).

Todas estas acciones contribuyeron a elevar el nivel educativo en las familias y aumentaron su preocupación por la conservación de la salud, lo que fue comprobado por el hecho de que los enfermos acudían más tempranamente en busca de ayuda médica, disminuyendo los casos de automedicación y habiendo aplicado medidas de control adecuadas antes de la consulta médica (tales como control físico de la temperatura, preparación de sueros caseros para evitar deshidratación, lavado de las heridas, etc.).

b) Investigación.

» 1978. Se aplicó el Expediente Clínico Familiar a 3,577 familias de las 18 localidades, obteniéndose información de los siguientes indicadores: estructura familiar, origen de las familias, vivienda, nutrición, distribución, distribución del ingreso, ocupación, escolaridad y utilización de servicios de salud.

No fue posible obtener un diagnóstico de

Cuadro 3. Diez principales causas de morbilidad general en las 7 localidades del Programa de Proyección a la Comunidad 1980

Padecimiento	Frecuencia	%	Tasa por 1000 habitantes
1 Enfermedades del aparato respiratorio (493, 486, 491, 478, 460, 461, 462, 463, 464, 477, 492, 490, 487, 486, 465, 466).	1,350	27.10	92.91
2 Enfermedades infecciosas y parasitarias (006, 008, 009, 129, 034, 004, 127, 131, 133, 117, 056, 110, 057, 132, 079, 097, 011)	1,318	26.46	90.71
3 Enfermedades del aparato digestivo (521, 527, 575, 573, 530, 553, 558, 574, 523, 572, 522, 525, 588, 578)	1,113	22.34	76.60
4 Clasificación suplementaria de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto de los servicios (V22, 23, 54)	342	6.86	23.53
5 Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (701, 691, 702, 706, 684, 709, 690, 686, 683)	225	4.51	15.48
6 Enfermedades del aparato génito-urinario (616, 605, 583, 627, 590, 595, 626, 580, 611, 608)	176	3.53	12.11
7 Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (374, 345, 367, 382, 372, 366, 379)	161	3.23	11.08
8 Enfermedades de las glándulas endócrinas de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad (263, 250, 285, 269, 273)	126	2.52	8.67
9 Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780, 784, 789, 781, 787, 788)	93	1.86	6.40
10 Enfermedades del aparato circulatorio (390, 443, 429, 401, 455, 426, 454)	77	1.54	5.29
Totales	4,981	100.0	342.83
FUENTE: Informe mensual de morbilidad. Morbilidad por encuesta. Población total 14,529. Htes. Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena Revisión Organización Mundial de la Salud. DGE/SIG.			

salud de las comunidades, por no existir información acerca de la morbilidad por localidad en el Centro de Salud, ni de mortalidad en la Delegación, ni de la migración continua de las familias. De cualquier forma, esta información y la de los problemas de salud detectados, permitió la planeación posterior de actividades más específicas.

» 1979. Se realizó el diagnóstico de salud de las 7 comunidades seleccionadas, mediante la obtención de datos a través de las visitas domiciliarias semanales.

Se inició una investigación sobre "Epidemiología de la Escabiasis" en las 7 comunidades.

» 1980. Se realizaron los siguientes estudios

en las 7 comunidades.

"Investigación sobre las Parasitosis más Frecuentes".

"Estudio Epidemiológico sobre Fiebre Reumática".

"Estudio Epidemiológico sobre Desnutrición en Escolares".

El primero de ellos se realizó en colaboración con el Depto. de Ecología de la Facultad de Medicina y los otros en colaboración con la Dirección General de Salubridad en el Distrito federal.

» 1981 - Se realizaron encuestas en las 7 comunidades para actualizar los datos socioeconómicos del diagnóstico de salud de las mismas. Se realizó la investigación:

Cuadro 4. Diez principales causas de morbilidad general en las 7 localidades del Programa de Proyección a la Comunidad 1979

Padecimientos	Frecuencia	Tasa por 1,000 habitantes
1. Enfermedades del aparato digestivo	1,050	72.26
2. Enfermedades del aparato respiratorio	646	44.46
3. Enfermedades infecciosas y parasitarias	552	37.99
4. Trastornos mentales	286	19.68
5. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	186	12.8
6. Embarazo, parto y puerperio	176	12.1
7. Enfermedades del aparato circulatorio	66	4.54
8. Enfermedades del aparato génito-urinario	61	4.1
9. Desnutrición	59	4.06
10. Accidentes, envenenamientos y violencias	44	3.02

FUENTE: Informe mensual Morbilidad por Encuesta, Población total: 14,529

“Comparación de Dos Sistemas de Referencia de Pacientes en la S.S.A. en padecimientos Pediátricos cuyo tratamiento es quirúrgico”.

Problemas

Los problemas más importantes con respecto al trabajo de campo, se pueden resumir así:

1. La rotación trimestral de alumnos internos de pregrado y la ausencia en éstos de un marco de referencia sólido en el área social, dificultó el trabajo de campo y limitó la posibilidad de establecer una buena relación médico-familiar, provocando malestar en las poblaciones trabajadas.
2. Debido a la formación previa del alumno y al desconocimiento del Programa de Proyección a la Comunidad por parte de los Coordinadores de Internado en Hospitales dependientes del Departamento de Ciclos IX y X, existía falta de apoyo que ocasionaba en los alumnos en general, una actitud de rechazo hacia el trabajo extrahospitalario en comunidad.
3. El cambio de personal docente y la rotación continua de los internos impidió la consolidación del trabajo de campo, pues fue sólo hasta el último año cuando se lograron sistematizar y homogeneizar los procedimientos para la práctica en campo en las

diferentes comunidades.

4. La dificultad para mantener una continuidad en el trabajo se expresó también en las relaciones institucionales (U.N.A.M.-S.S.A) en donde la definición de responsabilidades y el apoyo mutuo no siempre se dieron, lo que ocasionó algunas veces la duplicación de funciones, fenómeno que sólo se corrigió en el último año, cuando al coordinarse el trabajo con los Centros de Salud Comunitarios, se delimitaron las áreas de trabajo fundamentales para ambas instituciones.
5. En la primera etapa, los servicios de salud no respondieron a la demanda de la población, incrementada por el programa, por la organización y la cuantía de sus recursos. Esta situación fue casi resuelta en la última etapa, cuando el Programa de Proyección a la Comunidad se integró con los Centros Comunitarios de Salud recién formados.
6. Una característica de las comunidades trabajadas fue su movilidad demográfica, lo que implicó cambios constantes de expedientes clínicos familiares, dificultad para el seguimiento de las familias y la necesidad de actualizar permanentemente el diagnóstico de salud.

Con respecto a lo que el Programa de Proyección a la Comunidad pudo contribuir en la formación del alumno interno de pregrado,

quisiéramos señalar los siguientes problemas y logros:

» El P.P.C. por su ubicación curricular no sería de la competencia del Depto. de Ciclos XI y XII (sino del Depto. de Ciclos IX y X), sin embargo, debido a las características de un programa comunitario, que requiere elaboración teórica en las áreas sociales, se debió asumir esta responsabilidad, lo que no careció de dificultades, pues recayó en este Departamento, además del manejo administrativo la formación clínica de los alumnos.

Todo esto representó un gran esfuerzo para garantizar la selección de docentes adecuados (con buena formación en el área clínica y social de la medicina) y su permanencia en el Programa, lo que no siempre fue posible debido a la escasez de recursos económicos; debiéndose entonces recurrir a contratar personal menos capacitado y someterlo a cursos intensivos y permanentes. Aún así, en el último año se logró conformar un equipo capaz y organizado, con prácticas homogéneas de trabajo y conocimientos sólidos en el área de Salud Pública y Tecnología Educativa.

» Contrario a lo esperado, se observaron serias deficiencias en los conocimientos médicos (esto es mediante una evaluación diagnóstica al ingreso de los alumnos al P.P.C.), por lo que los contenidos educativos programados inicialmente, debieron ajustarse a las necesidades reales. Así, se estableció la coordinación con los Departamentos de Ecología, Farmacología, Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública.

» Puesto que los alumnos permanecen sólo 3 meses en comunidad y la experiencia es totalmente nueva para el alumno, el impacto teórico-práctico resulta insuficiente, es decir, la experiencia no es completa. Así, se obtienen cambios cognoscitivos (verificables a través de una evaluación final), pero los cambios de actitudes son muy restringidos. Sería interesante investigar en el futuro el porcentaje de los alumnos egresados de P.P.C. que ingresan a especialidades dentro del área social de la medicina y compararlo con el porcentaje de los que no tienen

tal antecedente.

- » En el área clínica hubo dificultades para lograr que los médicos de las unidades de atención médica participaran en la formación de los alumnos, pues esto dependió de la voluntad individual de los médicos no así, en el último año que el trabajo coordinado con el personal de los Centros comunitarios permitió vincular la docencia con la asistencia.
- » Con respecto al tipo de enseñanza, se puede afirmar que se ha logrado transformar la relación maestro-alumno, haciendo que éste último participe activamente en el logro de sus propios aprendizajes y que trabaje en equipo.
- » En cuanto al aprendizaje de Medicina General, se ha comprobado que los alumnos adscritos a la comunidad obtienen mayor calificación que el promedio de los que permanecen en el hospital en el mismo período. Tomando como punto de comparación los exámenes mensuales que aplica el Departamento de Ciclos IX y X.
- » Considerando que uno de los objetivos del Programa es el adiestramiento del alumno para su Servicio Social, se volvió imprescindible una evaluación que demostrara posibles diferencias en el desempeño del Servicio Social entre alumnos que participaron en el P.P.C. y alumnos que no lo hicieron, al respecto se han realizado encuestas en los años 1980 y 1981, entre los pasantes de varios Estados y aún cuando los resultados no son concluyentes se muestra mejor participación del alumno con acciones *extra-muros* en los programas de atención médica de la Institución Asistencial; por otra parte se observa mayor vinculación de las actividades realizadas en la asistencia con los problemas de salud encontrados en la investigación; fundamentalmente la sistematización de las actividades es mayor, específicamente en educación para la salud (cuadro 5).

Expectativas para el futuro

Estos años han permitido obtener el conocimiento necesario en la conformación de una metodología para el trabajo en la comunidad.

Cuadro 5. Resultados de la evaluación preliminar del Programa de Proyección a la Comunidad realizados en los estados de Sonora, Veracruz, Guanajuato, Quintana Roo y Guerrero.

Secretaría de Internado y Servicio Social Facultad de Medicina
U. N. A. M.

Area	Actividad	Estuvieron en el PPC		No estuvieron en el PPC	
		Realizan la actividad	No realizan la actividad	Realizan la actividad	No realizan la actividad
Educación para la salud	Integración de grupos	71.42%	28.5 %	33.3 %	66.6 %
	Elaboración de programas	76.19%	23.8 %	28.57%	71.42%
	Elaboración de programas con una metodología	85.7 %	14.28%	14.28%	85.7 %
	Utilización de técnicas de dinámica de gpos. (participativo)	80.95%	19.04%	28.57%	71.42%
Programas institucionales	Participación en acciones extra-muros e intramuros	90.47%	9.52%	57.1 %	42.8 %
	Utilización de indicadores de salud en planeación de programas preventivos	95.2 %	4.76%	14.28%	85.7 %
Dx. de S. de la com	Elaboración con una metodología	61.9 %	38.0 %	33.3 %	66.6 %

FUENTE: Encuesta aplicada por el Departamento de Ciclos XI y XII.

Por lo que se han iniciado estrategias paralelas al Programa de Proyección a la Comunidad: intentando resolver las limitaciones de ubicación curricular (internado rotatorio de pregrado) y de tiempo (estancia trimestral de los alumnos), así se iniciaron dos nuevos programas con alumnos de ciclos XI y XII lo que representa ventajas en relación a la continuidad en el trabajo comunitario, además de la mayor viabilidad para formar a los recursos humanos. Ambos comienzan en febrero de 1982, uno en el área rural del Estado de Morelos, denominándose Programa de Servicio Social Integral en Comunidades Rurales, en coordinación con la S.S.A. Otro con la intención de formar médicos comunitarios, iniciando esta formación en la etapa del Servicio Social y continuándola en el postgrado, esta línea se desarrolla en una zona suburbana de la Cd. de México (Sto. Domingo). Se ha introducido la técnica de grupos operativos para propiciar la relación comunidad-equipo de salud y la participación de la población en la solución de su problemática.

Por último, el Programa de Proyección a la Comunidad se conservará en el internado rotatorio de pregrado y su desarrollo dependerá de las acciones señaladas por la S.S.A., ya que como se mencionó los alumnos se han integrado como personal de los Centros Comunitarios. □

Bibliografía

O.P.S./OMS. Informe Final de la Reunión de Ministros de Salud. Washington. D.C. Documento Oficial 51. 15-20 de abril de 1963.
 OPS/OMS. Informe Final de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Buenos Aires, Argentina, 14-18 Documento Oficial 89. Octubre 1968.
 OPS/OMS. García, Juan César. Características de la Educación Médica en América Latina. Agosto 1969.
 OPS/OMS. Plan Decenal de las Américas, Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Documento Oficial 118. Chile 1972.
 EVANS, Robert Letal. Community-Based Medical School-Reactions at the Interface Between Medical Education and Medical Care the new England. Journal of Medicine. Vol. 288 No. 14. pp 713-719. Apr. 1973.
 FEPAFEM, Programa Salud y Comunidad, Rio de Janeiro y Bogotá. Julio y Agosto 1972.
 UNAM, Fac. Medicina. "El Diagnóstico de la Salud en México", 1978.
 FRENK, Julio. Cuadro Clínico de la Enseñanza Médica Mexicana, Revista NEXOS, pp 21-24. Enero de 1978.
 LOPEZ ACUÑA, Daniel. "La Salud Desigual en México". S. XXI Editores pp. 71, 48. 2a. Edición 1981.