

## El servicio médico social y los programas de salud

### I. INTRODUCCION

ROBERTO URIBE-ELIAS\*

Han transcurrido casi 50 años desde que el Servicio Médico Social se instauró, con el fin de otorgar oportunidades de atención médica y mejorar las condiciones de salud a la población desprotegida de la República, en especial a la rural, desde entonces a la fecha se han sucedido generación tras generación los grupos de médicos recién egresados o por egresar oficialmente de las escuelas y facultades de medicina en nuestra patria.

En la actualidad las condiciones sociales, económicas, educativas, la problemática de atención a la salud y las inquietudes de los propios egresados, son el marco en el que se desenvuelve el servicio social más tradicional en el país, sin embargo, las condiciones de la población rural y de algunos núcleos que rodean a las grandes ciudades o concentraciones urbanas continúan haciendo evidente la necesidad de una mayor cobertura de la atención médica y de la promoción de la salud, razón por la cual, es conveniente desde esta tribuna académica replantear los objetivos del servicio social, su orientación actual, su real proyección, las posibilidades y variantes en su

aplicación, los logros obtenidos y la problemática encontrada, todo lo cual nos permitirá con toda seguridad favorecer el papel y las acciones que el joven médico tiene para con la sociedad de la que proviene y de la que recibe la oportunidad de la educación profesional, por otra parte, de las universidades para estrechar los vínculos de lo académico y la realidad operante, favoreciendo la ampliación del servicio a la comunidad a la que representa y le permite servir mejor, y por parte de las instituciones de salud para aprovechar de manera óptima y eficiente el recurso médico recién formado dentro de los planes y programas que a nivel regional y nacional establece "para mejorar la salud de la población", sin embargo, el esfuerzo conjunto de los factores enunciados, será la única condición que nos permitiría el logro de esta meta.

El Servicio Médico Social se ha desarrollado en nuestro país desde la época heroica en donde se exponía la vida por falta de sensibilización a la comunidad, pasando por la etapa mercantilista, en donde se comerciaba con la necesidad de la población, hasta llegar a la etapa burocratizante, en donde, por asistir unas horas y realizar tareas paraprofesionales, se cumple mínimamente el requisito, trasladando el sentido original con el que surgió.

Por otra parte las corrientes de pensamiento que han predominado en su realización, van desde la paternalista en donde, mediante una decisión superior debiera otorgárseles a los miembros de una comunidad determinada todos los elementos para su

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 24 de agosto de 1983.

\* Académico numerario. Director. Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México.

servicio y desarrollo; otra de las corrientes es la asistencialista, la cual proclama que el recién egresado sólo deberá relacionarse con los aspectos de atención médica y por último, la corriente dialéctica, que presupone un ejercicio de responsabilidad compartida entre el propio egresado y la comunidad en la que ambos se otorgan elementos importantes para su asistencia, protección y desarrollo propio.

Por lo anterior contamos en este simposio con la participación de quien desde hace más de 50 años ha venido siendo el pionero y la vanguardia en las medidas de prevención e higiene, establecimiento del carácter epidemiológico del médico, favorecedor de la coordinación de los servicios de salud y fundador de la Cátedra de Medicina Social, quien ha propugnado porque "la evolución de las ciencias biológicas ha modificado en las ciudades y debe modificar en las zonas rurales el ejercicio de la medicina curativa", quien ha otorgado la definición de la Medicina Integral ya que "el médico solo y la medicina no pueden realizar aisladamente una labor en la que los individuos y las autoridades deben colaborar doblemente tanto para modificar los factores no médicos de mortalidad: homicidios, accidentes, miseria, angustia, florecientes en la defectuosa organización actual de la sociedad; como para cumplir con ciertas prescripciones y obligaciones que conservaran la salud propia y la ajena".

Es el maestro, mi maestro Miguel E. Bustamante, quien hablará sobre los antecedentes del Servicio Médico Social, también participa el Dr. Fernando Cano Valle, Director de la Facultad de Medicina de la UNAM, quien expondrá la situación actual del Servicio Social en esa institución, asimismo participa el Dr. Rodolfo Herrero Ricaño, Director de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Zaragoza, también dependiente de la UNAM para hablarnos sobre la experiencia de esa institución en el Servicio Social Multidisciplinario, de igual forma participa el Dr. Ernesto Díaz del Castillo, Titular de la Jefatura de Enseñanza e Investigación del IMSS, con los resultados de los programas institucionales de salud y el servicio social, en especial la experiencia del programa del IMSS-COPLAMAR; a todos ellos mi especial reconocimiento por este esfuerzo que estoy seguro permitirá reconsiderar conceptos y consolidar el rumbo.

## II. EL SERVICIO MEDICO SOCIAL DE LOS PASANTES DE MEDICINA Y SUS ORIGENES

MIGUEL E. BUSTAMANTE\*

\* Académico Honorario.

El Servicio Médico Social de los Pasantes de Medicina, instituido en 1936, tenía el antecedente de una tradición mexicana de entendimiento y cooperación entre el gobierno —federal o estatal— y una Escuela de Medicina, para que en los hospitales públicos se realizara la enseñanza de los estudiantes de medicina y, en su caso, de las de enfermería.

El Convenio firmado en 1936 entre el jefe del Departamento de Salubridad, Dr. José Siurob; el Rector de la Universidad Nacional, Lic. Luis Chico Goerne y el Director de la Escuela de Medicina, Dr. Gustavo Baz, iniciador del acuerdo, establecía como requisito para que los pasantes de medicina pudieran obtener su título profesional, el cumplimiento de la obligación de hacer práctica en el medio rural, durante cinco meses.

Al asociarse con el propósito señalado en el Convenio, la autoridad responsable de la salubridad nacional y la autoridad educativa, de mayor jerarquía en el país, reconocieron la existencia de nuevos problemas docentes y médicos sociales, objeto de estudios y de toma de decisiones por separado, bien por el Departamento de Salubridad o por la Escuela de Medicina, para afrontar la problemática bio-socio-médica que sólo puede resolverse por colaboración de las instituciones de salud, con las de educación superior.

En el Convenio, quedó implícito el reconocimiento de la necesidad de llevar la asistencia sanitario-asistencial a las zonas rurales y, el de preparar a los médicos para el ejercicio de la medicina social fuera de las ciudades.

Ahora bien, los términos de cooperación docente gubernamental cambiaron, en 1938, la esencia del tipo de relación, al encargarse del control técnico y administrativo, en vez de la oficina de distribución de médicos de la UNAM, la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos,<sup>1</sup> teniendo en cuenta la finalidad de completar actividades docentes y el establecer el servicio médico social como requisito previo para tener el derecho de obtener el título de médico; el Departamento de Salubridad consideró que podrían ser aplicados programas mínimos sanitario-asistenciales en las zonas rurales del país que no cuentan con servicios médicos; familiarizar al pasante con los principales problemas que se confrontan en el medio rural, y mediante su adiestramiento, convertir al pasante de medicina en auxiliar eficaz de las oficinas sanitarias; proporcionar asesores al mayor número de ayuntamientos para la resolución de problemas de salubridad y asistencia y, por último, establecer las bases para lograr una racional distribución de los médicos en el país.

El Estado había facilitado el uso libre, para la docencia libre, de las instalaciones hospitalarias y de edificios para las escuelas de Educación Superior, excepto en algún año de luchas internas como ocurrió después de la gran reforma de los programas de enseñanza, efectuados por el Dr. Valentín Gómez Farfás, en 1833, para que la docencia médica estuvie-

ra acorde al progreso científico y al adelanto social del país.

El gobierno federal y los de los estados abrieron las puertas de sus hospitales para la enseñanza de la medicina.

Testigos en la capital, el Hospital de San Andrés, el General y el Juárez.

El Hospital General inaugurado el 5 de febrero de 1905, tenía en el pabellón central, aulas para la enseñanza y desde octubre, estuvo en relación directa con el Instituto Bacteriológico y el Instituto Patológico.

El decreto del Presidente Porfirio Díaz de 12 de octubre de 1905, expidió la Ley Constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional,<sup>2</sup> dependientes de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, cuyo secretario era el Lic. Justo Sierra.

Para hacer nacionales a esos dos institutos, trasladó sus funciones del Consejo Superior de Salubridad, probablemente por iniciativa del Dr. Eduardo Liceaga, pues nacieron, en 1885 el laboratorio bacteriológico y en 1895 el Museo Patológico, transformados en dos institutos.

El artículo 3o. de la Ley Constitutiva prescribió su enlace legal con la enseñanza médica, diciendo: "Tanto el Instituto Patológico como el Instituto Bacteriológico, suministrarán con toda oportunidad a la Escuela N. de Medicina, los datos que los profesores de la misma necesiten para impartir sus enseñanzas y, en particular, harán en las piezas y productos especiales que la propia Escuela designe, las investigaciones referentes a Anatomía Patológica y a la Bacteriología que sean indispensables para que se den debidamente las clases de clínica. A su vez la Escuela N. de Medicina ministrará a los institutos Patológico y Bacteriológico los datos clínicos relativos a las piezas o productos que dichos institutos hayan examinado por encargo de la Escuela referida."

"Ambos institutos pondrán, asimismo, a la disposición de la Escuela N. de Medicina las preparaciones que hagan y que sea necesario utilizar en la enseñanza."

Más amplio todavía resulta para la enseñanza abierta de la comunidad científica, diríamos hoy, el artículo 4o. de la Ley que dijo: "Los institutos a que se refiere esta Ley, terminada que sea cualquiera de las investigaciones que hagan, han de darla a conocer en conferencias hechas en forma docente, y que se ilustren tanto cuanto sea posible, de manera objetiva."

La generosa contribución a la educación médica, en la que el Estado daba cuanto podía, refleja la cultura y el amor a la educación de dos personajes del porfirismo, el Dr. Eduardo Liceaga y el Lic. Justo Sierra.

Era una Ley avanzada dentro de la doctrina liberal, que ignoró la salud pública en la Constitución de 1917, iniciadora además de la investigación científica que crece en la libertad y que la unía a la medicina curativa y a la docencia.

*Evolución social y médica de México y evolución científica y social de la medicina.* La rebelión armada estalló en 1910 y para 1917 la nueva Constitución dió un lugar de gran trascendencia política, médica y social a la salubridad general y local, al crear el Departamento de Salubridad, por iniciativa del Dr. José María Rodríguez, así como el Consejo de Salubridad General, dependiente directamente del Presidente de la República.

Los años de 1917 a 1926, fueron dedicados por las autoridades federales a organizar las campañas contra graves brotes epidémicos, la epidemia de influenza de 1918, a erradicar la fiebre amarilla urbana en 1921, a la fundación de la Escuela de Salubridad en marzo de 1925 y a la redacción del Proyecto de Código Sanitario que, promulgado en 1926, fue el primero dentro de la doctrina social de la Constitución de 1917. Además a reconstruir el Instituto de Higiene y activar los programas sanitarios. El impulso de la medicina al prevenir las enfermedades, además de curarlas, dió fuerza a los programas de atención sanitaria y asistencial durante la 1a. Guerra Mundial. Nacieron las escuelas de Higiene y Salud Pública en 1921 en los Estados Unidos de América con alumnos de todo el mundo. En México, el Departamento creó la Escuela de Salubridad en 1925 y con la cooperación de la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller, envió médicos a especializarse en los E.U.A. y en Europa.

Fue evidente la necesidad de extender los servicios de salud a los estados y el Dr. Bernardo F. Gastelum, jefe del Departamento de Salubridad, estableció entre 1924 y 1928, dispensarios antiveneréos para el tratamiento de las enfermedades venéreas, y un programa intenso de educación higiénica.

El Dr. Aquilino Villanueva inició en 1929 la campaña antituberculosa, por medio de dispensarios, y los programas de Protección a la Infancia, que fueron secundados en todo el país.

La Higiene Infantil según programa elaborado por el Dr. Ignacio Chávez y aprobado por el Dr. Villanueva dió amplitud a la atención de los niños sanos o enfermos, necesitándose nuevos pediatras para servir a la colectividad sin limitarse a la terapéutica infantil.

En 1931 y 1932 se rompió el círculo de acción sanitaria permanente en la capital de la República y a las capitales de los estados, al firmarse convenios para la Coordinación de Servicios de Salubridad entre el gobierno Federal, los de algunos estados y los municipios de la Entidad correspondiente.

Tuvieron que prepararse médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios dentro y fuera del país.

Al llegar 1933, el Partido Nacional Revolucionario resolvió elaborar el Plan Sexenal que sería, al ser aceptado, el Programa de Gobierno para el período presidencial 1934-1940.

El Presidente de la República, Gral. Abelardo L. Rodríguez, pidió al jefe del Departamento de Salubridad, Dr. Gastón Melo y a su muerte, al Dr.

Manuel Madrazo, un proyecto que se sometió a la Comisión especial del P.N.R. para mejorar, fomentar y proteger la salud de los habitantes de la República.

Aprobado en la Convención de Querétaro, expresó, en el capítulo: "Salubridad Pública":<sup>3</sup> "Las condiciones peculiares de la República, nuestras posibilidades económicas y culturales y los verdaderos ideales en materia de mejoramiento étnico, requieren desarrollar una acción sanitaria y en pro de la higiene, cuyos puntos principales consisten en la introducción de los servicios públicos fundamentales para la vida de las colectividades, como el de agua, de atarjeas y demás relativos a la salubridad general, y en combatir las causas de las endemias, epidemias y la mortalidad infantil, ya que mientras no desaparezcan las lamentables condiciones higiénicas que actualmente prevalecen, resulta infructuosa la lucha por medio de medicamentos cuya acción, demasiado restringida, es sólo uno de los factores que pueden resolver el problema..."

Más adelante: "La lucha contra la mortalidad infantil y contra las endemias y epidemias, además de la implantación de los servicios públicos fundamentales, exige la selección y adiestramiento de personal técnico que *distribuyéndose en la República*, por lo menos a razón de una enfermera por cada 10,000 habitantes, permita el desarrollo de efectivas campañas de persuasión e instrucción higiénica fundamental".

Precisó el Plan Sexenal que se expediría una Ley para la coordinación de los servicios sanitarios federal, estatal y municipal, que se promulgó y publicó en el Diario Oficial el 25 de agosto de 1934.

Convertido el plan en el Programa de Gobierno del Gral. Lázaro Cárdenas, se agudizó la necesidad de enviar médicos a las poblaciones pequeñas y de prepararlos para ejercer, además del aspecto terapéutico — con la ayuda de maestros y elementos accesibles en la ciudad — a actuar para prevenir las enfermedades en una colectividad, emprender la educación higiénica, tanto de las autoridades como de los habitantes y promover el saneamiento del medio. En suma, fue notorio que debía conocerse y practicarse la medicina social,<sup>4</sup> a la cual se le dio importancia, respecto al dominio del paludismo en el programa de la celebración del centenario de la Escuela de Medicina en las conferencias dictadas por iniciativa e instrucciones del director, Dr. Ignacio Chávez.

Los médicos admitieron, independientemente de las autoridades, la mala distribución de profesionales médicos en el país, y en el Primer Congreso de Higiene Rural, celebrado en 1935 en Morelia, convocado por el Bloque Nacional de Médicos Revolucionarios, entre otras ponencias, presentó una el Dr. Agustín Hernández Mejía, en la cual dio a conocer el número de médicos en el país y su mala distribución geográfica; resaltó la falta de esos profesionales

prácticamente en todas las poblaciones rurales del país.

En el Congreso se discutieron todos los aspectos de la higiene rural y entre las 76 conclusiones, en una se invitó a todas las universidades del país a establecer especialidades de medicina rural en las escuelas o facultades correspondientes; la creación de unidades sanitarias rurales y servicios móviles de salubridad, así como que se apresurase la instalación del Instituto de Enfermedades Tropicales, que estaba en construcción.

*Problemas iniciales del Servicio Social.*— La firma del Convenio en 1936, con lo antecedentes resumidos y algunos otros, encontró simpatía y comprensión generales.

Las condiciones de la relación Estado-Universidad-Escuela de Medicina, fueron diferentes de las conocidas porque ahora el programa de actividades de los pasantes, como escribió el Dr. Alfonso Pruneda<sup>5</sup>, se podía agrupar en: 1) Médicas; 2) Sanitarias; 3) En relación con la medicina del trabajo y 4) Médico-sociales, siendo en la mayoría de los casos polivalentes.

Las actividades sanitarias, según comunicó a la Academia en 1939, el Dr. Pruneda, fueron las más importantes en los documentos que le facilitó el Dr. Gustavo Baz, Rector de la Universidad y para las labores de investigación médico social sirvió de base el "Instructivo de Exploración Sanitaria" formulado por la Oficina Central de Higiene Rural del Departamento de Salubridad Pública, para conocer los aspectos más característicos de la zona visitada desde los puntos de vista geográfico, histórico, económico, social, médico y sanitario. De los alumnos, algunos con mejor y más amplia cultura y con buenos estudios en la Preparatoria llenaron el "Instructivo" satisfactoriamente. En verdad, en la Escuela de Medicina no dispusimos de tiempo y de elementos que se habrían encontrado en otras escuelas de la Universidad, para preparar a los pasantes.

Quienes cumplieron con el servicio, se pusieron en contacto con los miembros de las comunidades y las necesidades rurales; ejercieron la medicina en forma completamente distinta de la conocida por ellos en el Distrito Federal y tuvieron una experiencia que les enseñó más que lo aprendido intra-muros.

La Escuela no estuvo preparada para sostener una relación de dirección y respuesta a las consultas de los pasantes, carentes de nociones de antropología social, economía y sociología. Estos, en su mayoría, tuvieron contacto con los médicos de los servicios del Departamento de Salubridad, el cual, por otra parte, cubrió el modesto estipendio recibido durante los meses de servicio, reducidos a tres y medio, totalmente insuficientes, por lo que finalmente el período se amplió a un año; en el entendido de que otro pasante debe llegar a remplazar al que termina. Rara vez ya graduado se ha instalado como médico general en la población donde hizo el servicio.

Una modificación parcial en el Servicio Médico Social, ocurrió en 1938, al iniciar sus funciones el 3

de enero la Secretaría de Asistencia, a la cual se incorporaron los Servicios de Asistencia Infantil, formados originalmente en el Departamento de Salubridad, con buen personal, organización y prestigio. Se incorporaron, igualmente, todos los establecimientos de la antigua Dirección de la Beneficencia Pública del D.F., con su personal y bienes.

Dependieron de la nueva Secretaría, los hospitales General, Juárez y demás instituciones en el Distrito. En el Decreto de creación expedido por el Presidente de la República, Gral. Lázaro Cárdenas, se especificó que sus servicios podrían ampliarse a todo el país, mediante servicios coordinados con los gobiernos de las entidades.

El subsecretario de Asistencia, Dr. Salvador Zubirán, encargado del despacho por enfermedad del Dr. Hernández Álvarez, emprendió la extensión de los servicios de asistencia a los estados.

Tuvo así la Secretaría, relaciones con la tradición de la enseñanza de la medicina en los hospitales del D.F., y con la recibida en los estados por algunos pasantes, en servicio social.

El mismo año de 1938, se efectuó en la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P. el Segundo Congreso de Higiene Rural y en él, los Dres. Ignacio Millán y Manuel Maldonado presentaron ponencias en relación con la nueva carrera de Medicina Rural y se aprobó significativa resolución: "Este Segundo Congreso de Higiene Rural considera de urgente necesidad nacional la formulación de un tipo de Médico cuya preparación responda, técnica, científica e ideológicamente a las demandas del medio rural".<sup>6</sup>

La idea venía de 1937, en el Instituto Politécnico, "de impartir la enseñanza de la medicina de modo que los alumnos allí graduados fuesen al campo, enviados por el Estado, para aliviar las grandes deficiencias que existen en la salubridad del medio rural y en la atención médica de la población campesina". La Escuela Superior de Medicina Rural se fundó en marzo de 1945, siendo director el Dr. Mariano Vázquez.

Otra manifestación de la inquietud de las autoridades de salud y de las educativas, se concretó en el Primer Congreso Nacional de Asistencia, convocado por el secretario de Asistencia, Dr. Gustavo Baz, para los días 15 al 22 de agosto de 1943.

Entre las ponencias relacionadas directamente con el problema de la atención médica a las comunidades rurales, el Dr. Miguel Othón Mendizábal,<sup>7</sup> presentó un estudio ampliamente documentado e ilustrado respecto a "la organización de la asistencia en el medio rural", insistiendo en que faltan médicos en las comunidades rurales y en la necesidad de llevar a éstas, servicios médicos y sanitarios.

Habiéndose creado en 1945 los Servicios Médicos Ejidales, por acuerdo del Gral. Cárdenas, tuvieron acción bivalente de centros de higiene y dispensarios de asistencia social. Ese año quedó establecido obligatoriamente por la Ley reglamentaria de los artículos 4o. y 5o. Constitucionales, el Servicio Médico

Social.

Mientras se organizaba en la Facultad de Medicina el Servicio Médico Social, algunos sociólogos y otros profesionales de la Universidad tuvieron interés en conocer las experiencias obtenidas en los primeros cinco años y dieron cabida a un artículo sobre el tema en la Revista Mexicana de Sociología.<sup>8</sup> En ese artículo se mencionó, entre otras anotaciones, que: "El servicio — Médico Social — apenas está iniciado y ha encontrado limitaciones naturales por la escasez de recursos económicos y el corto tiempo de trabajo en el campo, por el forzoso carácter de provisional que tiene el programa teórico de servicio y por la falta de tiempo de experiencia, escollo inevitable de cualquiera organización que no tiene precedentes; y por último, por maliciosa resistencia de caciques y curanderos que comprenden, mejor que los jóvenes pasantes, el fuerte papel social y educativo del médico rural. En la ciudad y en la escuela el alumno cuenta con la ayuda de la colectividad para servir al individuo; no es ésta la situación profesional en el pequeño poblado y en el ejercicio rural cuando el alumno, como individuo, debe apoyarse en sus propios conocimientos y sus recursos técnicos, para servir a la colectividad. Para graduar el paso es importante en todos sentidos la relación de dependencia del pasante con la Universidad, que debe sostener y guiar al alumno prolongando en forma efectiva el período de preparación, eliminar la brusca interrupción entre la vida propiamente estudiantil y la del joven pasante. El Servicio Médico Social acerca a los estudiantes a los problemas biológicos y sociales del país, debe recoger por conducto de jóvenes aún entusiastas y optimistas, informes auténticos de múltiples aspectos de la vida mexicana y pone al universitario en el plan de ser elemento defensor de la mejor riqueza del país que es la vida humana".

"El médico que llega a un poblado en el que, además de la medicina curativa debe aplicar la preventiva, forzosamente extiende su mirada a las necesidades colectivas".

"Desde los problemas de habitación, de alimentación que tienen resolución lenta y costosa y que para modificarse requieren de educación popular, hasta el dominio de brotes epidémicos o de ciertas endemias que es factible efectuar en un tiempo relativamente corto de buen trabajo sanitario, hay una gran oportunidad de acción médico-social".

"La distribución de personas con conocimientos médicos en zonas rurales satisface el inmediato auxilio que demandan los habitantes que estaban totalmente abandonados en sus enfermedades y que ni siquiera saben cuales son los padecimientos que los agreden y subsisten precariamente a costa de formidable mortalidad de niños y abundante invalidez de adultos".

"La medicina moderna se ha hecho social porque su mejor obra tiene por limitación la del conjunto de la sociedad, tiene interés en que disminuyan los factores que producen pérdidas al Estado, ya que temporalmente, las epidemias que alarman y cuestan

dinero, o las endemias en que el conjunto de personas constantemente enfermas son una carga económica para la Nación, por los días de trabajo perdidos por la enfermedad, ésta es gravosa al trabajador, a su familia y al conjunto social".

Estas consideraciones, formuladas en 1940, terminaban así: "La sociedad está interesada en que no enfermen sus componentes y también en que el tratamiento médico de los que sufren perturbaciones en su salud, sea completo y eficaz".

Los servicios médicos sociales quedaron organizados por Decreto del Presidente Lic. Miguel Alemán Valdés, el 16 de julio de 1952, siendo secretario de Asistencia, el Dr. Rafael Pascasio Gamboa. Esto ocurrió hace treinta años y, de entre los conocimientos adquiridos, se encuentran los de la Primera Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina, en la Ciudad Universidad, donde se discutió, en septiembre de 1957, el estudio del Servicio Social de los Pasantes de Medicina<sup>9</sup>, elaborado por el Comité establecido por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, constituida en Monterrey, N.L., el 10. de junio de 1957.

Ahí se definió claramente el Servicio Social, ampliado con la ayuda a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de otras secretarías de Estado y de organismos descentralizados, según el Acuerdo Presidencial de 1952.

Se trató de la unificación de programas del servicio en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y en las de los estados de la República.

Se trataron los problemas de la distribución de pasantes, relacionándola con la ubicación de las escuelas de Medicina. Se propuso: "Que se de prioridad, para el servicio médico social de pasantes, a los lugares o poblaciones rurales carentes de médicos y que tengan por lo menos 1,000 o más habitantes, sin perjuicio de que, de ser factible, se lleve a cabo en varios pequeños poblados cuya cercanía geográfica y población menos de 1,000 puedan formar un núcleo conveniente".

Como a pesar de la urbanización creciente, el número de habitantes en las zonas rurales, numéricamente es muy elevado, el problema de atenderlos continúa vigente.

Hace 25 años, se dijo también que faltaban en las escuelas la formulación de un programa para cumplir con el propósito docente de que el servicio social sea una prolongación del período de enseñanza, lo cual requiere orientación, consejo y vigilancia por parte de las escuelas médicas.

A medida que avanza el tiempo, la organización del servicio social ha mejorado, y en 1971, en la Facultad de Medicina, al elaborar el Plan General de Enseñanza para los ciclos XI y XII, Servicio Social de la Carrera Médico-Cirujano, se contó con la colaboración de la comisión de representantes de las juntas o departamentos de enseñanza de las instituciones que facilitan en sus servicios de atención médica a los alumnos de estos ciclos, el cumplimiento del servicio

social. Esas personas en unión de los representantes de los alumnos y de la gente nombrada por la Facultad, formularon el programa en el cual se trató de equilibrar las actividades correspondientes a los objetivos académicos y de servicio.

En la comisión participaron tres profesores de la Facultad, tres alumnos y cinco médicos, representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, IMSS, ISSSTE y Pemex.

Después del resumen de los antecedentes del servicio social de los pasantes de Medicina, de 1936 a 1971, la situación actual será dada a conocer a los señores académicos, por los maestros que participan con inteligencia, conocimientos y elementos en la estructuración de la enseñanza en el período del Servicio Social.

Por más de cien años, ha existido fructífera colaboración entre el Estado y las instituciones de educación en Medicina y Ciencias Afines.

En el presente, la aceptación por parte del Estado de su responsabilidad para la vigencia del derecho a la protección de la salud, inscrito en la Constitución, la integración del Sector Salud y la categoría gubernamental de órgano rector que tiene la S.S.A., de la que es titular el académico doctor Guillermo Soberrón, plantean los términos de los planes y programas de salud.

La aceptación de la función social de la Medicina, del papel de los médicos como guías de la multidisciplinaria actividad bio-socio-médica de la salud, así como el progreso en las técnicas y en las ciencias involucradas en la tarea, sitúan a las instituciones educativas — a las que corresponde preparar a los profesionales — en posición de colaborar inteligente y científicamente en el deber de servir al hombre en su totalidad, dónde, cuándo y cómo necesite ser atendido. Esto será en la salud y en la enfermedad, en la ciudad y en el campo.

#### REFERENCIAS

1. S.S.A. — Informe de la Dirección General de Servicios Sanitarios en Estados y Territorios. — 1960. — Citado por Alvarez Amésquita, José y Col. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. 2:383, 1960.
2. Secretaría de Estado y del Despacho de Instrucción Pública y Bellas Artes. Sección de Instrucción Secundaria, Preparatoria y Profesional. Ley Constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional. 12 de octubre de 1905. Diario Oficial, México, D.F.
3. Partido Nacional Revolucionario. — Plan Sexenal del P.N.R. Texto oficial. Salubridad Pública, pp. 77—82. México. 1934.
4. Bustamante, Miguel E. — Algunos aspectos del problema palúdico en la República Mexicana. Nov. de 1933. — Revista Mexicana de Biología. 16:81—90, 1934.
5. Pruneda, Alfonso. — El Servicio Médico-Social de la Universidad Nacional. GAC. MED. MEX. 70: 143-151, 1940. 1940.
6. Secretaría de Educación Pública. Instituto Politécnico Nacional. La Escuela Superior de Medicina Rural. pp. 9—11. — México, D.F. 1947.

7. Othón de Mendizabal, Miguel. — "Organización de la Asistencia en el Medio Rural." Primer Congreso de Asistencia. Agosto de 1943. México. Citado por Alvarez Amésquita et al. — Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. pp. 392 — 602, 1960.
8. Bustamante, Miguel E.: El Servicio Médico Social de la Universidad. Revista Mexicana de Sociología. 2: 5, 1940.
9. Bustamante, Miguel E.; Suarez Torres, Guillermo; Barrios, Miguel y Estrada, Mario Sergio. "El Servicio Social de los Pasantes de Medicina". 1a. Conferencia Latino Americana de Facultades de Medicina. C. Universitaria 15 al 22 de septiembre de 1957. La Prensa Médica Mexicana. pp. 384-388, 1957.

### III. EXPERIENCIAS DEL SERVICIO SOCIAL EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FERNANDO CANO-VALLE\*

Ante el panorama de salud en el país las diversas Instituciones del Sector Salud, han venido realizando esfuerzos desde hace varias décadas, a fin de ofrecer una amplia cobertura a las comunidades rurales; y por la problemática detectada, estas instituciones han manifestado su interés en la resolución de las mismas, en una labor paralela con las Instituciones de Educación Superior, es por ello que desde 1936 los estudiantes de medicina han venido presentando sus servicios a la comunidad, inicialmente, por un período de 5 meses, dando origen al Servicio Social, que algunos años después quedaría incluido en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

En 1967 en el Plan General de Estudios de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina, fue incluido el Servicio Social en el último año (Ciclos XI y XII), con un Programa de Enseñanza que conjuntaba los objetivos de servicio y los docentes. A partir de este año, su duración fue de 12 meses.

Con el fin de continuar ampliando y asimilando las experiencias generadas por el Servicio Social desde su inicio, la Facultad de Medicina dió origen al Departamento de Servicio Social en 1979, ya que anteriormente venía funcionando como una Coordinación.

Dicho Departamento desarrolla sus funciones dentro del marco general de la Docencia, la Investi-

\* Académico numerario. Director. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

gación y la Extensión Universitaria, teniendo a su cargo el diseño y ejecución del Programa General de Enseñanza, instrumento que organiza los conocimientos y actividades del médico pasante en el medio rural y metropolitano, desarrollándolo a través de la Atención Médica y la Investigación Sociomédica.

Entre otras acciones se realizan investigaciones educativas y de servicios en búsqueda de nuevas y mejores opciones en la formación del médico pasante. En la actualidad se cuenta con programas especiales en las áreas de: Docencia, Investigación, Medicina del Trabajo, Medicina del Deporte y Medicina Comunitaria.

Por otro lado, es necesario mencionar los factores que están propiciando un pueblo enfermo, lo que evita que éste alcance la plenitud de sus facultades productivas y debemos referirnos a los padecimientos transmisibles como la tuberculosis, oncocercosis, mal del pinto, dengue, paludismo entre otras, que cobran un alto tributo de enfermedad y muerte, sobre todo en miembros de las comunidades más desprotegidas.

Las neumonías, influenza, enteritis y otras enfermedades agudas siguen figurando, como a lo largo de cinco décadas, entre las primeras causas de muerte.

La desnutrición interviene como factor esencial de la salud, así como también el hacinamiento y la carencia de servicios generales en grandes áreas urbanas y principalmente en poblaciones rurales.

Los padecimientos degenerativos y los accidentes constituyen problemas dados por la prolongación de la vida y del desarrollo tecnológico.

Consciente de esta realidad, la Facultad de Medicina de la UNAM, brinda a las comunidades rurales mediante su Programa General de Enseñanza, antes mencionado y aplicado por nuestros alumnos, elementos que coadyuvan a la resolución de dicha problemática en la medida de sus posibilidades a través de los tres subprogramas que lo constituyen:

#### 1. *Subprograma de Atención Médica a la Comunidad.*

En esta parte del Programa, contempla que una vez ubicados los alumnos en las unidades que proporciona el Sector Salud para efectuar el Servicio Social en comunidades rurales de los diferentes estados del país, la atención que brindan corresponde al nivel de contacto primario de acuerdo a los rubros señalados en los niveles de prevención primaria y programa fijados por las autoridades sanitarias.

#### 2. *Subprograma de Investigación Sociomédica.*

En donde los alumnos tienen la oportunidad de aplicar la metodología de la detección de daños a la salud en la población y los determinantes de los mismos, a través del Diagnóstico de Salud Comunitaria formulado a fin de proponer alternativas.

### 3. *Subprograma de Enseñanza.*

Ante el conocimiento de la gran dispersión y la dificultad de acceso a las comunidades rurales y suburbanas, la Facultad de Medicina diseñó actividades de autoenseñanza que propician la participación de los alumnos, involucrándolos en su propio proceso de aprendizaje con:

- a) Paquetes de Instrucción Programada para todo el país, cuya temática corresponde a las principales causas de morbi-mortalidad como: intoxicaciones, fiebre tifoidea, amibiasis, desnutrición y otras.
- b) Envío de estudios monográficos sobre las enfermedades más frecuentes en la comunidad.
- c) Sesiones bibliográficas. Para esta actividad la Facultad de Medicina envía material como la Carta Terapéutica que edita CEUTES.
- d) Revisión de casos clínicos, llevados a cabo en unidades aplicativas en coordinación con el Sistema de Universidad Abierta.
- e) Sesiones de adiestramiento. Las que dependen de la Institución de Salud a la que se encuentra adscrito el alumno.

Previo a la integración del médico pasante en su comunidad, la Facultad de Medicina le brinda las bases docentes y metodológicas en las áreas de la Antropología Médica para abordar el Estudio de la situación de Salud de la Comunidad, así como los principios de Investigación en el Área Sociomédica.

Dentro de los Programas de tipo Piloto que esta Facultad ha iniciado en el área rural, mencionaré, a manera de ejemplo, el Servicio Social Integral en Comunidades Rurales del Estado de Morelos, cuyo objetivo es desarrollar una experiencia completa en una comunidad por medio de la integración del alumno al equipo de salud y la continuidad está garantizada por los programas y la permanencia del personal docente y asistencia, de tal forma que al incorporarse nuevos alumnos en Servicio Social parten de lo ya trabajado previamente y de los estudios realizados en el año anterior, de esta manera, se podrán acumular avances de salud en la región.

El programa se inició en el año de 1982, habiendo participado 89 pasantes (distribuidos en los Centros de Salud tipo "C" y Módulos del Programa de Salud Rural en las tres Jurisdicciones Sanitarias del Estado) y atendiendo una población de 150,506 habitantes, aproximadamente.

La participación de los Servicios Coordinados del Estado de Morelos, ha sido adecuada en las áreas asistencial y administrativa del trabajo del médico en Servicio Social, no así en el aspecto docente, pues existe una gran resistencia a aceptar este último año de la carrera como un ciclo académico, menospreciando por consecuencia, las actividades que en este ámbito desarrolla la Facultad de Medicina.

Los problemas enfrentados en el desarrollo del Programa hicieron que los objetivos planteados para el primer año del mismo, fuesen cubiertos parcialmente y en forma heterogénea con los médicos en

Servicio Social del Estado de Morelos; no obstante, consideramos que esta primer experiencia de trabajo nos ha permitido conocer de cerca la realidad a que se enfrenta el pasante durante el año de Servicio Social, su problemática, necesidades y limitaciones, todo lo cual ha sido de mucha utilidad en la búsqueda de modelos de Servicio Social en el área de salud.

Dentro de los Programas de Servicio Social en el Área Urbana, me referiré al programa en Salud Comunitaria en Santo Domingo de los Reyes, Coyoacán; iniciado en el año de 1982 contando con un grupo de 10 alumnos, con el objeto de detectar los problemas de salud a través del Estudio Integral de la Comunidad y desempeñar una *praxis* médica acorde con las necesidades, tanto institucionales como comunitarias.

La población atendida ha sido de 130 familias, (las cuales tienen visita domiciliaria) con una participación de 11 médicos y 2 sociólogos, así como actividades de consulta externa en Centros de Atención Primaria.

En el primer año de experiencia, este programa se realizó con dificultades, lo que condicionó que los alcances fueran limitados. Sin embargo, esta primera etapa dió la pauta para una propuesta de un programa más ambicioso que integre profesionistas de otras disciplinas en el estudio, esfuerzo que se ha iniciado recientemente como una acción universitaria más amplia.

En relación a la población estudiada, la evaluación está en proceso de realización, puesto que los logros en el terreno formativo siempre son a largo plazo.

### *Problemática*

Considero conveniente señalar, a grandes rasgos, la problemática general detectada durante los Ciclos XI y XII, uno de ellos es lo referente a que la formación de nuestros alumnos es básicamente en el 2o. y 3o. nivel de atención y el 90 por ciento de los médicos pasantes, realizan su Servicio Social en áreas rurales, prestando un servicio a nivel de contacto primario.

Al analizar el Plan de Estudios vigente de la Licenciatura en nuestra Facultad, se observa que un bajo porcentaje de materias corresponde a aspectos sociomédicos, tan necesarios para que los alumnos aborden los problemas de salud comunitarios; asimismo, se observa que la mayor parte de su tiempo lo dedican a acciones de atención médica, limitando sus actividades de investigación y docencia.

El problema parece general, la curricula de la carrera de médico en la mayoría de las escuelas del país, adolece de materias relacionadas con la Investigación Médica.

Como resultado de lo anterior, nos encontramos con 3 tipos de profesionales de la salud.

- Los que están en contacto con las fuentes de información como son los enfermos, la literatura, etc. y nunca les surgen preguntas.
- El tipo de médico al que sí le surgen preguntas pero no busca dar respuesta a ellas.
- Aquel, que ante su exposición a fenómenos cotidianos le surgen preguntas y busca darles respuesta, a esto se le llama Investigación.

Estando conscientes de que la vida, la salud y la tienen los médicos en Servicio en el área de investigación, sin embargo, creemos que durante este año es posible darles a conocer un panorama general de la investigación básica, clínica y sociomédica.

No se pretende durante este corto período, formar investigadores, la intención es despertar el interés en esta área y abrir una alternativa más en su carrera como médicos.

Los médicos que realizan su Servicio Social en la comunidad dedican la mayor parte de su tiempo a dar asistencia y al final, colectan una serie de información para elaborar su reporte final que no tiene suficiente utilidad para ellos, ni para la UNAM y menos para la comunidad con la que convivieron durante un año.

La solución a lo antes mencionado sería agregar materias específicas a la currícula, pero ante la limitación inmediata de esto, se propone impartir "Talleres de Metodología Científica", a todos los médicos antes de realizar su Servicio Social, y fortalecer aquellos conocimientos que promuevan la investigación incluyendo los aspectos necesarios dentro del plan de estudios a mediano plazo.

Otro problema detectado, que no por mencionarlo al final es de menor importancia, consiste en que el médico pasante actúa en muchas ocasiones en forma aislada del equipo de salud, debido a la escasa comunicación y apoyo de los demás profesionales de la salud, lo que evita conocer a fondo la problemática de la comunidad e impide proponer alternativas de solución.

Estando conscientes de que la vida, la salud y la seguridad social, constituyen un derecho fundamental de los hombres, que genera a su vez la responsabilidad plenaria para preservar, fortalecer y desarrollar todo lo que implique el mejoramiento del individuo, la familia y la sociedad, hace imprescindible continuar con los programas de apoyo a la salud y formular nuevos planteamientos en la búsqueda del bienestar individual y colectivo, debiendo trascender al futuro, a través del interés de quienes se asomen conscientemente, quizás por primera vez, a los factores que influyen en la salud de la población y las aún más complejas acciones que es necesario emprender para resolverlas.

La Universidad Nacional Autónoma de México, y en particular la Facultad de Medicina, dentro de sus

planes y programas, debe enfatizar que en términos de desarrollo, la estructura de la oferta de servicios, entre los que se encuentra la salud, deberá de adaptarse a las necesidades básicas de la población de bajos ingresos y grandes conglomerados, sin descuidar la ya tan olvidada área rural; por lo tanto, será muy difícil planificar la formación de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud, si no se tiene una definición del tipo de sociedad que se debe atender, y en particular del perfil del médico que deberá de egresar.

De acuerdo a lo antes mencionado y en fecha reciente, se ha iniciado el Proyecto de Evaluación del Plan de Estudios de esta Facultad, que permitirá generar un médico reformador, capaz de enfrentar los problemas de salud que se presenten en el futuro.

Por otro lado, la integración de equipos multidisciplinarios en salud, permitirá ampliar la cobertura de atención médica al Sector Rural, contando con la participación de la comunidad, propiciando la capacitación de algunos de sus integrantes e involucrándolos en actividades preventivas.

Estamos conscientes de la responsabilidad que toca a las Instituciones Educativas en el desarrollo integral de las comunidades rurales y que se comparte con las Instituciones del Sector Salud, con las que existe coordinación, la cual acrecentándose garantizará el elevado propósito de trabajo que se requiere para esta trascendental área, que influirá en la realización de actividades programadas para producir efectos útiles e inmediatos en las comunidades.

Considerando que la función fundamental del médico en Servicio Social se debe dirigir a la Atención Primaria de la Salud se puede afirmar que el futuro del Servicio Social de los profesionales de la salud, deberá basarse en los siguientes objetivos:

- Participar en un enfoque interdisciplinario en la solución de problemas de las comunidades y grupos con los que se trabaje.
- Constituir un instrumento de redistribución en beneficio de los grupos sociales menos favorecidos.
- Servir como elemento de evaluación de la forma profesional que retroalimente planes académicos, de investigación y extensión universitaria.
- Actuar como un promotor de capacitación para el trabajo, introduciendo al estudiante a diferentes disciplinas.
- Constituir un mecanismo a través del cual se promuevan las relaciones entre las instituciones de educación superior y los sectores público y privado, vinculando así la vida académica con la problemática del país.
- Funcionar como un sistema que detecte problemas de la comunidad con que se trabaje.
- Coadyuvar en el aprovechamiento integral de los recursos humanos y técnicos de las Instituciones de Educación Superior, como una fuente adicional de financiamiento de los programas y

actividades de la misma, a través de los proyectos que se presenten.

- Servir de indicador sobre la demanda de profesionales que operen en centros de producción y servicio.
- Generar en los futuros egresados una conciencia de solidaridad y Servicio Social, a través del contacto cotidiano con la comunidad.
- Proyectar una imagen de la Universidad hacia la comunidad.

#### IV. EXPERIENCIAS SOBRE EL SERVICIO SOCIAL MULTIDISCIPLINARIO

RODOLFO HERRERO-RICAÑO\*

Hablar sobre el Servicio Social es sin lugar a dudas interesante y complejo; su historia está, como ya hemos visto, salpicada de infinidad de propósitos y algunos logros que alcanzados con mayor o menor éxito, siempre se ven matizados por las características personales del prestador.

Desde su origen legal hasta la actualidad, el Servicio Social ha sido pieza importante de campañas de promoción y desarrollo comunitario.

En esencia, esta actividad históricamente ha mantenido los mismos objetivos sociales y educacionales; entre otros: desarrollar en el prestador una conciencia de solidaridad y compromiso con la sociedad a la que pertenece, convirtiendo esta acción en un verdadero acto de reciprocidad entre los participantes, a través de los planes y programas del Sector Público.

El Servicio Social unidisciplinario ha sido la forma básica y su columna vertebral, el que prestan los médicos. En una especie de círculos concéntricos que se alejan, se ubican al centro las carreras del área de la salud y hacia el exterior el resto de profesiones.

Es decir que la mayor constancia, regularidad y trascendencia del Servicio Social, la aportan pocas disciplinas profesionales. De ahí precisamente que durante años se haya acariciado la legítima idea de mezclar, yuxtaponer y aún involucrar diversas profesiones en un solo programa.

Este camino, en tanto promotor e integral, logra abarcar una mayor cantidad de variables sociales, de cuya función adecuada depende el desarrollo de la comunidad. Es esta modalidad, la llamada Servicio Social Multidisciplinario.

Esta versión de programas es bastante más sofisticada en su planeación y requiere de un esfuerzo mayor, y su organización deberá ser multilateral sin perder de vista los intereses de todos los involucrados.

\* Director. Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza". Universidad Nacional Autónoma de México.

Definir una metodología es el primer escalón para la consecución de un mayor profesionalismo en esta actividad, que si bien augura aparentemente enormes resultados, desafortunadamente en muchos de los casos queda en grandes inversiones y logros poco estables.

Sin ánimo de mencionarlos en orden de prioridad, relacionaré los que a mi juicio deben ser los cuatro elementos que necesariamente se encuentran interrelacionados en cada programa multidisciplinario y sin cuya congruencia no prosperará ningún proyecto.

Estos son: la Comunidad, el Estudiante, la Institución Educativa y la Institución Patrocinadora. Cada uno de ellos tiene necesidades que expresa como intereses.

La comunidad demanda acciones concretas para la solución de sus necesidades, que pueden ser sentidas o no, lo cual obliga al diseño de mecanismos concretos de identificación y priorización de las mismas, requiriéndose del conocimiento pleno de los hechos desde sus orígenes, a fin de delimitar concretamente el problema y sus causas.

Para efectuar ésto, es preciso diseñar un diagnóstico de la situación analizando aspectos geográficos, económicos, educativos y culturales entre otros, que brindan una definición de las características de la población y permiten la identificación de su problemática, misma que no puede ser resuelta en su totalidad, por lo que debe ser jerarquizada en función de su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, siendo entonces requisito un análisis de los elementos de la Institución Patrocinadora, segundo de nuestros elementos que se relaciona con ello.

Así deben analizarse sus objetivos, política, recursos, organización y funcionamiento, que han de vincularse sin duda, con el estudiante, tercer integrante del programa Multidisciplinario, el cual debe enfrentarse a la realidad antes descrita, dentro de los derechos y obligaciones que le confieren los reglamentos del Servicio Social.

Esto obliga no sólo a una revisión legislativa, sino al análisis concreto del perfil profesional, a fin de poder definir las acciones que realizará según la disciplina a que corresponda, buscando además otras áreas de confluencia para poder esclarecer la participación que cada una tiene en la solución de una problemática concreta.

El último de los componentes citados es la Institución Educativa. Esta por condición natural, debe buscar idealmente el incremento constante de sus niveles académicos y por lo tanto, asegurar la calidad de los programas de Servicio Social, estableciendo además, un cuidadoso seguimiento evaluativo de los mismos. Esta responsabilidad asegurará que los resultados obtenidos se integren a un proceso de retroalimentación académica que aporte información práctica suficiente para realizar las modificaciones curriculares convenientes.

Como podemos apreciar, esta actividad se encuentra en el vértice que conjunta a los cuatro elementos

de cuyo compromiso y acuerdo dependerá el éxito o fracaso del programa Multidisciplinario en cuestión.

Para efectos de conceptualizar el Servicio Social Multidisciplinario, diremos que esta modalidad se entiende como la participación activa, organizada, eficiente, eficaz y efectiva de grupos constituidos por estudiantes de diversas disciplinas, en torno a programas que integran el conocimiento y esfuerzo común con los propósitos de superación social, cultural y académica de los involucrados. En dichos programas, la supervisión de campo y la práctica armónica y consciente de los participantes es fundamental.

Hay que agregar que la problemática que presenta el entorno social, es multicausal e interconexa; por tanto, si sólo se incide sobre un área de ella, los resultados serán inmediatos pero pasajeros. ¿Cómo lograr que el efecto sea duradero?, es uno de los retos a que nos enfrentamos...

Es importante señalar que aún cuando el Servicio Social Multidisciplinario pudiera ser la versión más adecuada para la realidad mexicana, aún no se han consolidado resultados duraderos.

Si el Servicio Médico Social no hubiese tenido carácter terminal académico para desarrollarse en unidades estatales y municipales, actualmente sufriría de los mismos males que aquejan a un estudiante de otras disciplinas.

Por todo ello, hay que estar conscientes de que para planear programas multidisciplinarios, se deben considerar los objetivos educacionales y de servicio, teniéndose por lo tanto, que conciliar intereses de las instituciones patrocinadoras y educativas, ya que aún no hay una definición homogénea de requisitos y características de cumplimiento del Servicio Social ya no sólo entre las distintas dependencias, sino tampoco entre las diversas carreras.

Para resolver este problema, la UNAM definió un mecanismo mediante el cual las instituciones patrocinadoras plantean sus necesidades a la Comisión Coordinadora de Servicio Social, quien elabora un proyecto preliminar que concilia los intereses de cada escuela y facultad, con los de aquellas. Para obtener esta conciliación, cada proyecto es discutido entre las partes interesadas lográndose así, un programa que al ser aceptado por ambas, es difundido entre los alumnos, los cuales desde su inscripción hasta el término de sus actividades generan información, que al ser registrada, permite la evaluación y validación del sistema y el programa.

La ENEP-Zaragoza, como escuela multidisciplinaria que es, tiene un esquema similar formado por las coordinaciones de carrera y la coordinación de Servicio Social, que operan de igual manera.

Podría ahondar en el desglose de las enormes dificultades administrativas que se encuentran para formular programas de este tipo, pero es más positivo mencionar algunas de las experiencias en la operación de Servicio Social Multidisciplinario que han tenido repercusión estable en la comunidad.

Un ejemplo es el Programa Archipiélago Penal

Federal Islas Marías, que se diseñó tomando como punto de partida la finalidad del penal, la cual fue definida como el logro de la readaptación social integral del individuo, implicando ésto, no sólo el pago de una condena, sino también el brindar los mecanismos que permitan la integración del individuo al sistema productivo y social; con base en ello, se analizaron las características del Archipiélago, tanto geográficas como administrativas, identificándose que se encuentra dividido en comunidades cuyos habitantes sentenciados por delitos de semejante índole o trascendencia, tienen habilidades que les permiten desarrollar actividades afines.

El programa entonces, contempla tres áreas de trabajo:

- La primera, o área Médico-Social, formada por odontólogos, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos, cuya función es la vigilancia integral de la salud, analizando la esfera psicossocial de los individuos, a fin de clasificarlos y evaluarlos.
- La segunda, área de Educación y Administración, formada por licenciados en administración, economistas, licenciados en artes plásticas y pedagogos, con la función de organizar centros de trabajo y diseñar los sistemas de educación que para su funcionamiento fuesen necesarios, incluyendo aquí, la alfabetización y el desarrollo de habilidades artesanales.
- La tercera, área Agropecuaria agrupa a veterinarios e ingenieros en alimentos, los cuales se encargan del cuidado de granjas y establos, así como del diseño de sistemas de aprovechamiento de los productos del campo.

Todos los grupos deben tener contacto con los reclusos e informar a los pasantes del área Médico-Social, sobre comportamientos observados de manera que se pueda controlar de mejor forma la rehabilitación de cada caso.

Lo que logramos de esta Colonia Penal, no lo hubiésemos alcanzado como fenómeno social, si no existiera la característica de tener una población cautiva en el estricto sentido de la palabra. Esto nos dio enormes avances en la toma de decisiones de medicina social y preventiva, organización social administrativa, desarrollo de técnicas de producción en cooperativas, audaces modelos de actuación psicológica y correlación con el estímulo de la práctica coercitiva; toda vez que los colonos están separados según su peligrosidad, pena a purgar, y esquemas psicométricos de personalidad.

Otro de los programas multidisciplinarios a que voy a referirme, es aquel que integra un proyecto de extraordinarios alcances por su impacto social, éste es el que liga en polos permanentes de salud y

desarrollo a comunidades marginadas de Cd. Nezahualcóyotl, con el trabajo cotidiano de los estudiantes y pasantes en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza", a través de sus Clínicas Multidisciplinarias y sus áreas de control respectivas.

La ubicación de las mismas fue diseñada de acuerdo a estudios sustentados por variables de densidad de población y de tipo de Servicios Médicos de la Zona. Dichas clínicas ofrecen atención odontológica, psicológica y médica.

En las clínicas realizan Servicio Social y Prácticas Escolares, estudiantes de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología, Químico Farmaco Biología y Biología, que coadyuvan en la atención de problemas de salud del área de control de la clínica. Todas las actividades a realizar están organizadas en programas académicos multidisciplinarios sancionados por nuestro Consejo Técnico y que integran desde la encuesta social y las campañas de salud en escuelas primarias, hasta la cirugía especializada del aparato estomatognático.

Un elemento fundamental en el éxito alcanzado hasta el momento por los dos programas descritos, ha sido la formulación de expedientes familiares, que manejados con el rigor profesional que se requiere en esos casos, permite atacar la problemática de la población de la zona de control del programa, a base de un esquema que va de lo individual, a lo social; impulsando por consecuencia, acciones correctivas complejas e interinstitucionales.

Concluyendo, podemos hacer resaltar que el Servicio Social no debe ser un mero requisito, sino una respuesta indiscutible a las múltiples necesidades que afectan a la colectividad mayoritaria de nuestro país.

Estaremos de acuerdo, sin duda, que el enfoque multidisciplinario de esta actividad, aunque si bien ofrece innumerables problemas para su planeación y ejecución, es una medida que trata de ofrecer no una, sino varias alternativas de solución a una comunidad necesitada, a través de un esfuerzo profesional común, representado aquí por un grupo de estudiantes que trabajan como un equipo para mejorar las condiciones de vida de una comunidad determinada.

## V. LOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES DE SALUD Y EL SERVICIO SOCIAL

ERNESTO DIAZ DEL CASTILLO\*  
JAVIER SANTACRUZ-VARELA

\* Académico numerario.

Javier Santacruz-Varela. Departamento de Estudios de Pregrado. Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Los Programas de Salud Rural

Los programas de salud rural se enmarcan dentro de las políticas nacionales de salud.

No obstante su importancia, sus propósitos, metas y resultados no siempre han sido divulgados, con lo cual se dificulta su análisis y crítica.

En el decenio de 1930 a 1940 se inicia un gran movimiento para la salud en todos los órdenes, con énfasis en programas orientados a las zonas rurales en el que influyeron de una manera fundamental las clases obrera y campesina organizadas.

Con Lázaro Cárdenas se fortaleció el nuevo concepto de asistencia, que dejó atrás la idea de caridad y dádiva. Se vigorizó el principio de que la salud además de ser un derecho es también un deber de todos, con lo que se introdujo el concepto de participación de la comunidad en las tareas de salud.

Uno de los programas de salud rural de mayor relevancia fue implantado en 1934 en las zonas agrícolas de Anáhuac, Nuevo León y Zacapu, Michoacán, bajo el nombre de Servicios Médicos Sanitarios Ejidales Cooperativos. La fase experimental abarcó de 1934 a 1938 y sus resultados preliminares fueron presentados en 1935 en el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural, celebrado en Morelia, Mich. Dos de las recomendaciones derivadas de este Congreso señalaban que se debería propiciar una mejor distribución de médicos y que para ejercer la profesión médica en las zonas urbanas fuera requisito haberla ejercido durante dos años en las poblaciones rurales o semi-rurales de la República.<sup>1</sup>

Esto constituye el origen del Servicio Social de Medicina, mismo que formalmente se inició en 1936 con estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El decenio de 1950 a 1960 se caracterizó por el impulso a la atención de la salud rural y a la aplicación de la red de servicios sanitario-asistenciales que la harían factible. Dentro de los programas de salud rural destacan por su importancia, aquellos orientados al control de las enfermedades transmisibles, tifo, paludismo, viruela.

En 1953 se creó el Programa de Bienestar Social Rural. En 1954 y con apoyo en el artículo 6o. de la Ley original del Seguro Social, el Ejecutivo Federal emite el primer reglamento que establece las modalidades del régimen del Seguro Social para los trabajadores del campo, precedente que hizo factible que años más tarde, el Instituto Mexicano del Seguro Social contribuyera con el Gobierno Federal en programas de Sblidaridad Social en el medio rural.

La década de 1960 a 1970 se caracterizó por el interés puesto en lograr la coordinación de los organismos de salud existentes.

En la década siguiente se formula un Plan Nacional de Salud como resultado de la Primera Convención Nacional de Salud efectuada en 1973. Perseguida en esencia la coordinación funcional de un Sistema

Nacional de Salud, en el que participaran todas las Instituciones del Sector Salud.

Durante este mismo año, el Ejecutivo Federal y los Legisladores aprueban la nueva Ley del Seguro Social, la cual incorpora los Servicios de Solidaridad Social que tienen como fin brindar cuando menos un mínimo de protección a aquellos grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional, sin condicionar a quienes recibieran dichos servicios a un pago en efectivo, ya que se les permite en vez de ello, realizar trabajos personales en beneficio de la comunidad de la que son miembros.

En base a las modificaciones de la citada Ley, en 1974 se inician formalmente los Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social, ejemplo excepcional de solidaridad nacional con las clases rezagadas del desarrollo socioeconómico, que habitan las zonas rurales.

Este programa de Solidaridad Social se consolida en 1979 con la firma de un convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Comisión Nacional para las Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que determina el establecimiento de servicios de salud en el medio rural.<sup>2</sup>

El sistema de atención médica IMSS-COPLAMAR está organizado actualmente para dar servicio en 3 025 unidades médicas rurales, constituidas por un módulo de consulta externa, farmacia y archivo, atendidas por pasantes de medicina y auxiliares de unidades médicas de campo. Ofrece consulta externa y atención de partos eutócicos, participa en programas institucionales específicos como cuidado del embarazo, parto y puerperio, de planificación familiar, de detección y control de fiebre reumática, de prevención y control de enfermedades transmisibles agudas mediante inmunización y realiza actividades de educación higiénica y sanitaria de la población a través de comités de salud cuya integración promueven.

Se apoyan para atención quirúrgica y de urgencias en 60 hospitales rurales de solidaridad dirigidos por un cirujano general y que cuenta con médicos residentes de tercer año de las especialidades troncales (Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Medicina Familiar), médicos técnicos anestesiólogos y pasantes de odontología, enfermería y trabajo social.

Se puede afirmar hoy en día que este programa:

1. Tiene una cobertura amplia, ya que otorga servicios a millones de solidariohabitantes, a través de 3 025 unidades médicas rurales y 60 hospitales rurales.
2. Se emplea personal originario de las comunidades a las que se atiende y a éste se agregan técnicos y profesionistas que se identifican plenamente con el propósito de los programas de Solidaridad Social.

3. La comunidad participa ampliamente y de una manera organizada, a través de la integración de comités de salud.
4. Los agentes de medicina tradicional o indígena en vez de ser desplazados se han incorporado a las acciones de salud, retomando algunas de sus prácticas en beneficio de la comunidad.
5. Se tienen resultados objetivos que han sido ampliamente difundidos.

En gran medida el éxito de este programa se debe a los pasantes en Servicio Social de cinco disciplinas que son: Medicina, Odontología, Químico Farmacobiólogo, Enfermería y Trabajo Social, cuya cifra global durante el año de 1982, fue de 2 677 (Cuadro 1).

En base a los resultados obtenidos, consideramos que este programa de salud rural y desarrollo comunitario debe continuar recibiendo todo el apoyo necesario dentro del cual se incluye la asignación prioritaria de pasantes en Servicio Social.

#### *El Servicio Social de Medicina dentro del I.M.S.S.*

Este Servicio Social se inicia en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1952, gracias a un decreto presidencial publicado el 13 de junio de ese mismo año y que faculta a que instituciones descentralizadas que brindan servicios médicos absorban en la medida de sus necesidades, el excedente de estudiantes y practicantes de medicina que ya no tengan posibilidades de cumplir con su Servicio Social a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.<sup>3</sup> En el lapso comprendido de 1952 a 1965 se adscribieron los primeros 150 pasantes.

En 1966, de común acuerdo con la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se incorporaron 400 pasantes provenientes de 17 escuelas y facultades de medicina. A partir de ese año, el número de pasantes adscritos a este Instituto se ha incrementado gradualmente, según se muestra en la figura 1.

Durante 1982 el número de pasantes de medicina incorporados al Instituto ascendió a 3 574, de los cuales 1 940 se adscribieron al Programa IMSS-COPLAMAR para la atención de las zonas marginadas del área rural y el resto a unidades de primer nivel de atención médica del área urbana.

El concepto que del Servicio Social se tiene dentro del Instituto permite definirlo como "el período académico terminal de la Licenciatura de Medicina, durante el cual el alumno pone en práctica sus conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación previa, en beneficio de la comunidad con la cual establece una estrecha interrelación".<sup>4</sup>

Cuadro 1. Pasantes de las profesiones del área de salud adscritos al programa IMSS-COPLAMAR durante 1982.

Carrera	Número	Distribución	
		Hospital Rural	Unidad Médica Rural
Medicina	1 940	251	1 689
Odontología	120	120	—
Química	36	36	—
Enfermería	482	482	—
Trabajo Social	99	99	—
Total	2 677	988	1 689

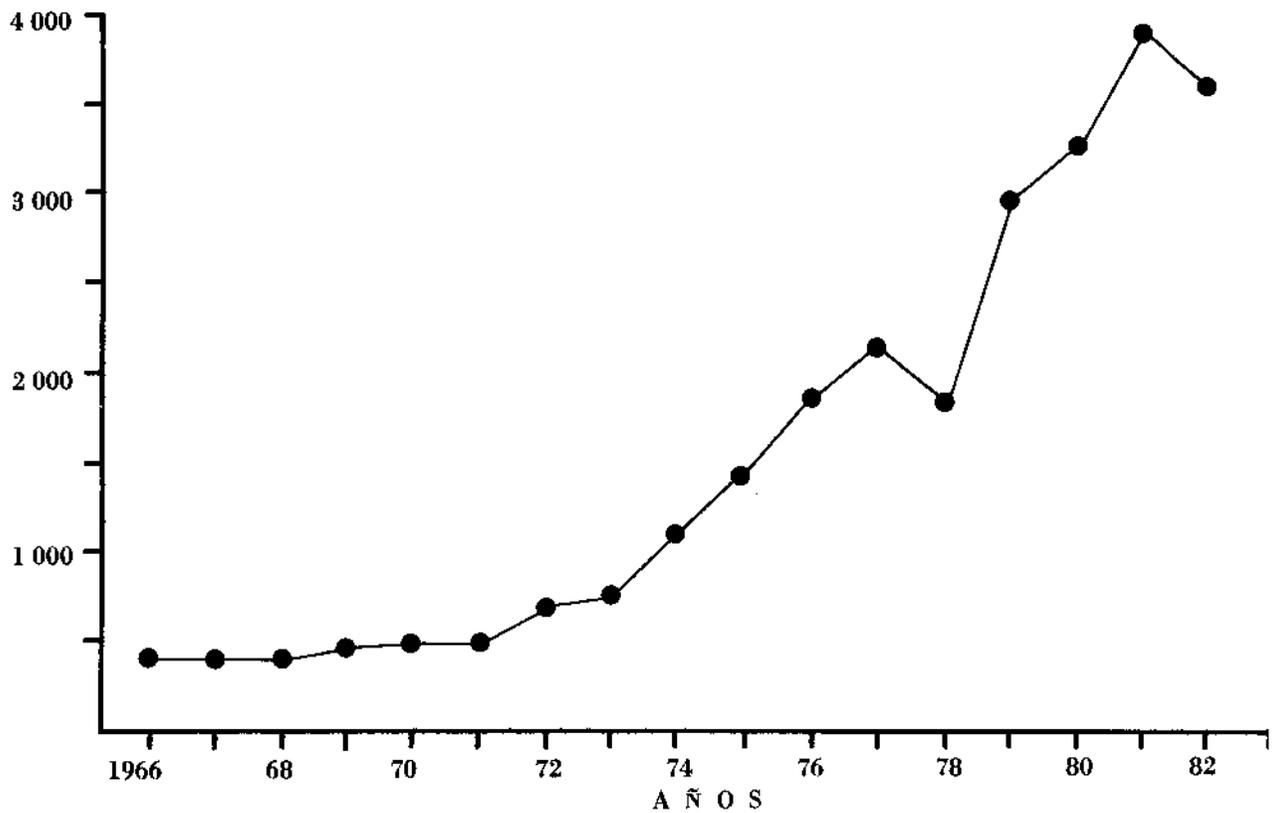


Fig. 1. Pasantes de medicina adscritos a programas del IMSS a partir de 1966.

Esta conceptualización tiene absoluta congruencia con la expresada recientemente en las "Bases para la Instrumentación del Servicio Social de las Profesiones para la Salud", publicadas en el Diario Oficial de la Federación en marzo de 1982, en cuya base 10a. señala que la finalidad del Servicio Social es:<sup>5</sup>

- Favorecer la superación académica y práctica de los estudiantes y profesionistas en el área de la salud.

Colaborar al desarrollo de la comunidad, especialmente en el medio rural.

No obstante que este período es formativo y por tanto académico y que el servicio prestado por el pasante será en beneficio de la comunidad a la que sirve, circunstancias que dan a esta etapa posibilidades de una verdadera integración docente-asistencial, la situación real es que los estudios efectuados al respecto, tanto por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, como por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, ponen en duda tanto el aspecto académico, como el beneficio de la población a través del trabajo asistencial y comunitario.<sup>6,7</sup>

El estudio de la U.N.A.M. entre otras cosas señala la ausencia de educación formal durante el Servicio Social y una acción comunitaria aislada y sin continuidad.

El de la A.M.F.E.M. demostró que sólo el 52% de las escuelas y facultades de medicina precisaban objetivos educacionales y sólo el 46% especificaban objetivos de tipo social.

Ante esta perspectiva nada favorable para un servicio social que tiene una historia de 47 años de evolución, ya que se inició en 1936 y, ante la necesidad de tomar acciones concretas que contribuyan por igual a la formación profesional del médico y al beneficio de la comunidad, en 1982 se efectuó en el Instituto una revisión muy amplia del Programa de Servicio Social para Pasantes de Medicina, cuyo resultado fue el diseño de un Programa Académico que puede ser representado gráficamente como se ve en la figura 2.

El programa incluye la descripción de actividades en tres áreas o módulos que se han considerado indispensables para consolidar la formación académica del pasante de medicina, quien al realizarlos efectúa una integración docencia-servicio e investigación en beneficio propio y de la comunidad. Las actividades de atención primaria a la salud son el sustrato más importante del Servicio Social, en tanto que las de enseñanza e investigación le sirven de apoyo y complemento.

Los pasantes reciben al inicio de su Servicio Social un curso introductorio de una semana de duración y a lo largo del año reciben periódicamente visitas de supervisión y asesoría por personal calificado (Figura 3).

Cada tres meses los pasantes son evaluados en los tres tipos de actividades ya señalados, recibiendo para ello previamente el apoyo académico necesario que consiste en: material de auto-enseñanza, enseñanza tutelar a través de la asesoría de problemas específicos en su propia unidad de adscripción y discusión de casos clínicos seleccionados.

La evaluación incluye la aplicación de un examen estructurado con preguntas de opción múltiple y la evaluación psicomotora y afectiva a través de listas de cotejo.

Al concluir el año académico, el pasante recibe una constancia de terminación del Servicio Social con una calificación cuya ponderación por área es: atención primaria a la salud 50%, enseñanza 30% e investigación 20%.

De la experiencia de este año de aplicación del programa podemos destacar:

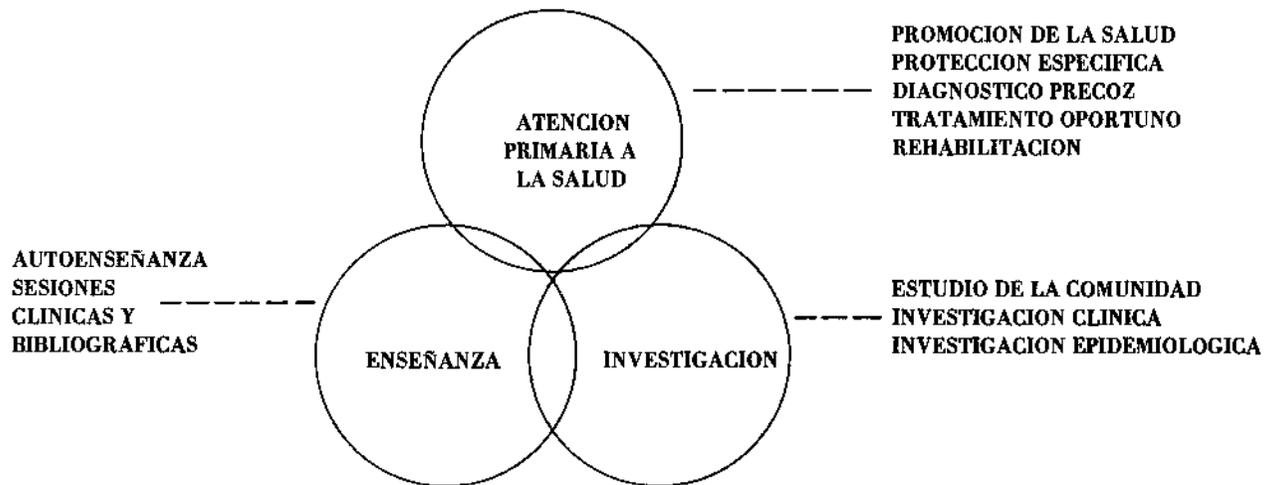
a) *En cuanto a la organización y administración del programa.*

- El curso introductorio se imparte a todos los pasantes con la colaboración de aquellos que concluyen su año de Servicio Social, quienes permanecen dos semanas más en su unidad de adscripción, a fin de permitir que los de nuevo ingreso reciban durante una semana el curso y durante otra semana más reciban del pasante que egresa un adiestramiento en servicio en la propia comunidad.
- Aún cuando ha existido retraso en el envío del material de apoyo bibliográfico, éste ha sido recibido por todos los pasantes de medicina e igualmente se les ha podido evaluar trimestralmente.
- No obstante que la ubicación geográfica de algunas unidades médicas rurales del programa de solidaridad social dificulta su acceso a ellas, los pasantes adscritos a las mismas reciben una vez por mes la visita del Asesor Auxiliar de Solidaridad Social, quien les supervisa, asesora y evalúa. Cabe mencionar que dicho asesor es un médico egresado del curso de postgrado en Medicina Familiar quien está debidamente capacitado para desempeñar dichas funciones.
- Se ha identificado una buena aceptación del sector educativo e igualmente entre las otras instituciones del Sector Salud, a juzgar por las solicitudes de información sobre el mismo, a fin de valorar la posibilidad de implantar un programa con características similares.

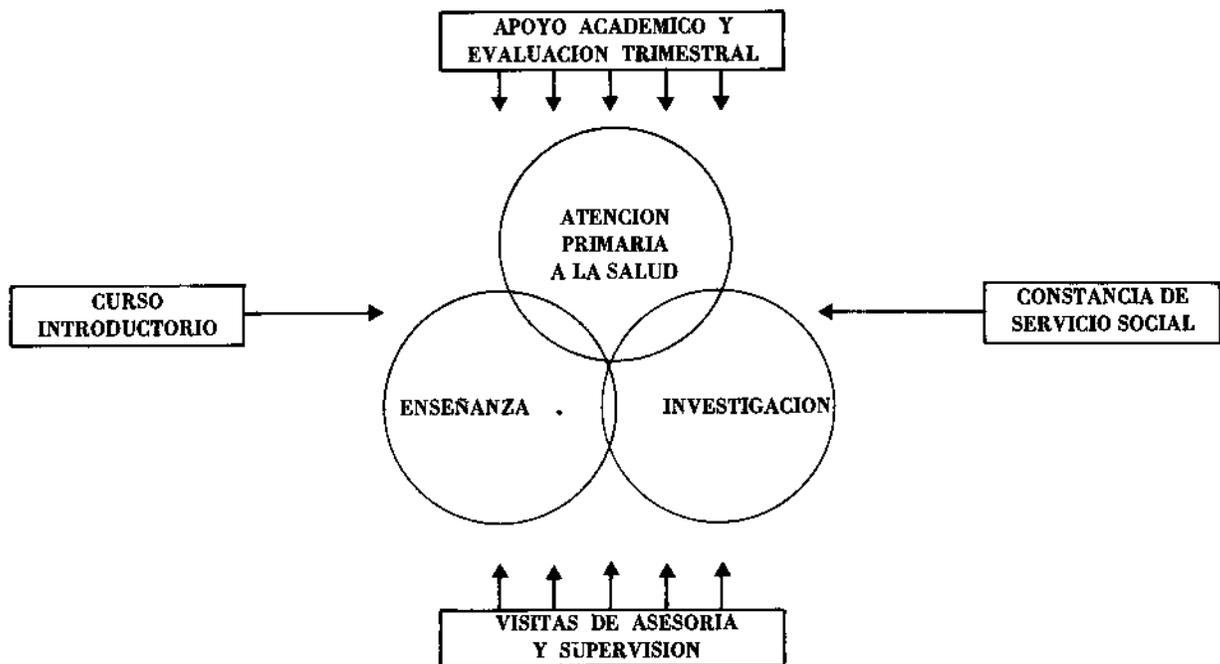
b) *En cuanto al proceso educativo.*

- Los pasantes tienen una sesión cada mes donde se comenta un caso clínico seleccionado de su consulta, el cual tiene relación con el material de auto-enseñanza programado para ese mismo lapso. Este tipo de sesiones al igual que las otras

**PROGRAMA ACADÉMICO PARA PASANTES  
DE MEDICINA EN SERVICIO SOCIAL**



**Fig. 2. Integración docente-asistencial.**



**Fig. 3. Proceso de enseñanza-aprendizaje durante el servicio social de medicina en el IMSS.**

actividades académicas han generado en el pasante su interés por la educación continua.

- El resultado de las evaluaciones trimestrales ha revelado que en una muestra analizada el promedio general de calificaciones fue de 8.2 en una escala de 0 al 10, con un rango de 3.4 a 10.

c) *En cuanto a la prestación de servicios.*

- Los pasantes se adscribieron prioritariamente a unidades localizadas en el área rural y ello contribuyó a extender la cobertura de servicios de salud a grupos de población rezagados del desarrollo socioeconómico.
- De la totalidad de pasantes adscritos al programa de Solidaridad Social (1 940), 1 689 efectuaron su pasantía en unidades médicas rurales en las que ellos son los únicos encargados de impartir la atención médica a la población y 251 lo realizaron en hospitales rurales de solidaridad donde son un elemento de apoyo para la atención que ahí se otorga a través de médicos familiares y residentes de tercer año de las especialidades troncales. Cabe aclarar que las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales del Programa IMSS-CO—PLAMAR constituyen el primero y segundo niveles de atención médica, respectivamente.
- Con la colaboración de los pasantes de medicina, el Programa IMSS-COPLAMAR tiene ahora la factibilidad de llevar las acciones sanitarias a 27 524 localidades, pertenecientes a 1 357 municipios. Ello significa que se beneficia a una población potencial de 18 054 000 solidariohabitantes, con lo cual será el programa más ambicioso en la historia de la salud rural en México.<sup>8</sup>

*Comentarios*

1. Las necesidades de atención a la salud son cada vez más grandes en nuestro país. El gran número de poblados pequeños y dispersos dificulta el acceso de parte de la población rural a los servicios, multiplica las necesidades de personal y eleva los costos.

Una colaboración inigualable para realizar estos programas la aportan los pasantes de las carreras del área de la salud. El programa para el Servicio Social tiene cada vez mejor estructura académica y mayor apoyo. Sin embargo, y no obstante que este año escolar está concebido para atender a la comunidad rezagada y desvalida, se adscriben pasantes a programas no prioritarios, soslayando la disposición reglamentaria de que sólo cuando se hayan satisfecho las demandas de las Instituciones de Servicio Médico podrán utilizarse otras opciones.

Ante la disminución de inscripciones de primer

ingreso a las Escuelas y Facultades de Medicina revelada por ANUIES, cabe inferir que cada vez será menor la disponibilidad de pasantes y se acentuará el déficit para la atención a población rural cuyos programas tienden a extenderse. Creemos que esta situación amerita ser atendida con todo cuidado y rapidez por la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos para la Salud y el Comité de Servicio Social para Instituciones de Educación Superior (COSSIES) ofreciendo todo su apoyo a los programas de servicio médico a la población rezagada con la que debe haber auténtica solidaridad.

2. Si en las circunstancias de igualdad socioeconómica lo anterior es deseable, en un país que tiene una estratificación de clases como el nuestro, los recursos para la atención de la salud y particularmente los que significan los pasantes de medicina, deben canalizarse hacia aquellos programas de salud dirigidos a las clases rezagadas del desarrollo, tanto rurales como urbanas. En este sentido dentro del panorama de la Asistencia Médica Nacional los programas que deben ser apoyados con pasantes son: el Programa IMSS-COPLA—MAR que atiende a población rural y los que surjan para la atención de las zonas marginadas de las grandes urbes. Si la disponibilidad de pasantes disminuye, es necesario que estos programas reciban la totalidad de ellos a fin de que las acciones de salud en las zonas rezagadas no se vean obstaculizadas.

3. Los programas asistenciales, educativos y de investigación que actualmente incorporan pasantes para efectuar un servicio social en beneficio de grupos muy reducidos de población o para fines diferentes a la esencia misma de lo que debe ser el servicio médico social como: Servicio Social en la Industria, en Medicina del Deporte, para el apoyo de Programas Docentes, en Investigación, etcétera, creemos que deben reconsiderarse ya que no atienden verdaderamente a prioridades nacionales, muy frecuentemente duplican la labor asistencial de las instituciones de salud y en última instancia esas acciones pueden realizarse por otros elementos.

Es necesario revalorar la autorización para adscribir pasantes a los programas antes citados, a fin de que ello sólo ocurra cuando exista un excedente de los mismos. Esto tiene su fundamentación en las "Bases para la Administración del Servicio Social de las Profesiones para la Salud", en cuya Base 14a. se indica claramente que la asignación de pasantes seguirá el orden siguiente:

- Establecimientos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Establecimientos de las Instituciones de Servicio Médico.

- Instituciones de Investigación del Sector Público.
- Establecimientos de Atención Médica de las Instituciones de Educación Superior.
- Poblaciones que determine la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados de la S.S.A.
- Programas de Investigación y Docencia de las Instituciones de Educación Superior.

Y se agrega que: "Sólo se adscribirán pasantes en algún sitio de los que aparecen en las fracciones precedentes de esta base, si el grupo inmediato anterior ha sido satisfecho en sus necesidades de servicio social".

La tendencia a disminuir el número de egresados de las Escuelas y Facultades de Medicina, según se puede ver en los datos de ANUIES, hace necesario que el Sector Salud, conjuntamente con el Sector Educativo planeen la formación de personal que pueda otorgar cuidados primarios de salud en las comunidades rezagadas, ya que cabe prever que en un lapso de tres a cinco años los programas de salud rural, que deben extenderse, acaso enfrentarán el problema de la falta de recursos humanos suficientes.

#### REFERENCIAS

1. Alvarez, M. J. M.: *Servicio Médico Social. Historia de su implantación*. Rev. Fac. Med. II: 298, 1951.
2. Montemayor, G. R.: *Marco Conceptual, Jurídico y Filosófico de la Solidaridad Social*. Memoria de la Primera Reunión Anual de Análisis del Desarrollo del Programa IMSS-COPLAMAR. 1980, p. 11.
3. Alemán, M.: Diario Oficial de la Federación, 13 de junio, 1952.
4. I.M.S.S., Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Programa Académico para Pasantes de Medicina en Servicio Social, 1982, p. 5.
5. S.S.A. *Bases para la Instrumentación del Servicio Social de las Profesiones para la Salud*. Diario Oficial de la Federación, 2 de marzo, 1982.
6. Facultad de Medicina, U.N.A.M., Secretaría de Internado y Servicio Social. Servicio Social en Comunidades Rurales. Mecanograma leído durante el "Ciclo de Conferencias sobre el Servicio Social" en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. 1983, p. 19.
7. Hernández, Ch. A. y col.: *Resultados de la Investigación sobre el Servicio Social Médico*. Memorias de la Reunión sobre Servicio Social Médico en México. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. (A.M.F.E.M., A.C.) Morelia. 1980, p. 15.
8. I.M.S.S.: Memoria Institucional 1982, p. 29.
9. López, P. J.: *Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana*. Diario Oficial de la Federación, marzo 30, 1981, p. 13.

## VI. INTEGRACION DEL RECIEN EGRESADO A LOS PROGRAMAS DE SALUD

ROBERTO URIBE-ELIAS.

Difícilmente somos originales, habitualmente somos repetitivos, pero cotidianamente imitadores, la mayor parte de las veces por ignorancia de las ideas e inquietudes ya planeadas con anterioridad y relacionadas con lo que nos rodea, con nuestros intereses y aún más, con nosotros mismos; plantear la integración del recién egresado en medicina nos ha permitido analizar con detalle el pensamiento de Miguel Bustamante, quien desde 1931 ha venido en diversas formas hablando, denunciando, promoviendo y planteando soluciones al problema de la salud en el medio rural y de la utilización de los médicos recién egresados como bases para el desarrollo de la atención médica en ese ámbito.

Quiero insistir que si bien el Servicio Social no es curricular tiene apoyo académico y que por lo tanto, siendo un requisito formal según ya se ha expresado, surgió de manera histórica para permitir un medio de devolver el beneficio a la sociedad de una educación superior prácticamente gratuita a través del servicio profesional en las áreas que más lo necesitan en nuestro medio, las rurales y las llamadas marginales, suburbanas; con esta concepción consideramos que el profesionista recién egresado es el que debe enfrentar la problemática de aplicar conocimientos y destrezas en el área médica, debe tener decisión e integridad para poder tomar acciones en beneficio personal y de la salud de la comunidad, y además conocer los mecanismos dentro del ámbito institucional para desarrollar ambas circunstancias. Este joven profesional pretendemos actúe como tal, en el medio al que se le destine, sin embargo, deben tomarse en cuenta una serie de conflictos que de hecho se establecen en el momento de decidir la realización del Servicio Social, ya que éste de acuerdo a la propia estructura es obligatorio, previo a la obtención del título y no hablo exclusivamente de la presentación del examen profesional, y debe cuando menos, tener una duración de un año a diferencia de otras carreras en que no están estructuradas de esa manera, ya que el llamado servicio social puede ser presentado a lo largo del desarrollo de la preparación de la licenciatura y puede tener un término mínimo de 6 meses.

Este médico recién egresado enfrenta 3 sectores de problemas, por un lado problemática individual inherente a su juventud, nivel de madurez variable y falta de orientación firme para conocer el camino que deberá seguir, necesidad de confianza en sí mismo, tanto en sus conocimientos del área médica (hablo de teoría y de destreza) como de auto conocimiento en cuanto a sus propias limitaciones y posible proyección, ya que la obligatoriedad del requisito lo

enfrenta a diversas disyuntivas para él desconocidas, un trabajo desligado del medio y de quienes hasta ahora había dependido, y por otra parte, la angustia a lo desconocido, circunstancias novedosas y cambiantes, todo lo cual tiene mucho que ver en el área de afectividad en la que por el momento de vida en el que se encuentra, influye a veces de manera importante.

En muchas ocasiones tiene también que decidir su situación social, personal, afectiva y de opción profesional, lo cual aumenta la carga emocional con la que tiene que contender para las decisiones, circunstancia que en no pocos casos le induce a buscar una brecha por donde realizar el requisito sin demasiado compromiso, por otra parte también es cierto existe el factor económico en el que el joven adulto para la sociedad es un profesional completo y tiene que enfrentar necesidades de índole económica que no siempre puede resolver, pero es este factor, que unido a la motivación natural es el que en gran parte de los egresados se encuentra para trabajar en comunidades, separadas de los medios urbanos y poseer la vivencia de una realidad social que en la mayoría de los casos puede ser única, esta motivación, induce de manera determinante la orientación para el trabajo rural en nuestro medio. Estos factores conducen en no pocas ocasiones a un conflicto severo que influye de manera definitiva en el desenvolvimiento profesional y en las acciones que pretendemos realice el recién egresado; por otra parte, otro sector lo constituye la propia sociedad que ofrece bases, estructura y demanda para las que el recién egresado no siempre está preparado a enfrentar teniendo que tomar en cuenta que esta es la primera vez en que nuestro joven médico enfrenta a la realidad solo, sin cortapisas y con el bagaje que él ha podido ir preparando e integrando a lo largo de su estructura curricular.

Estas demandas van desde el terreno ideológico hasta aquellas de carácter sociológico, pasando por cuestiones si bien no aisladas de la problemática de salud si distintas, entendiendo todo esto como un proceso social para las cuales el joven profesional no tiene experiencia para enfrentar como son las necesidades sentidas de una comunidad y como éstas podrían constituirse en factores determinantes de su actuar médico. En este mismo contexto, la ubicación del médico, el reconocimiento de su calidad profesional, la imagen que del quehacer médico tenga una sociedad determinada, los procesos culturales en los que esté inmerso, así como el modo de vida y las costumbres de la comunidad a la que fue adscrito, constituyen todos elementos difíciles de modificar y para los que deberemos en alguna forma preparar al médico que deseamos ubicar en una área determinada.

El otro gran grupo de problemas que emanan de las circunstancias en las que se desarrolla el Servicio Social en nuestro momento corresponden al propio sector de salud y educación ya que no se establece, salvo en algunas condiciones aisladas, sistemas que

permitan la incorporación del recién egresado y sólo se concretan elementos de tipo administrativo en cuanto a localización de plaza, horario, nivel de salario y ligas con la autoridad a la que se esté adscrito, pero no se encuentran mecanismos a través de los cuales se defina y pueda desenvolverse fácilmente dentro del sistema de atención médica y sólo con el tiempo, mediante ensayo y error, va entendiendo los condicionantes y va logrando su paulatina incorporación; en esta misma área no se cuenta con programas sistematizados para que la labor del recién egresado cuente con funciones y destrezas bien especificadas que le permitan un desempeño independiente y satisfactorio, ya que en no pocas ocasiones se busca que realice labores para las que no está igualmente capacitado, esto conlleva de una manera casi directa a que no existan generalmente, aunque las excepciones son las que conforman esta regla, sistemas de supervisión y evaluación, ya no sólo de la acción del joven médico sino de los programas de manera global; por último, consideramos dentro de este sector que aún no se cuenta con un sistema normativo debidamente difundido para que el médico tenga acciones comparables dentro de una estructura armónica, todo lo anterior lo resumimos en que al joven profesional debemos decirle qué debe saber, cómo lo ubicamos dentro de la comunidad y cuáles son las reglas del juego de su funcionamiento.

¿Qué queremos de él, con qué cuenta y cuáles son las reglas del juego?, ante estas interrogantes, seguiremos a Bustamante que en una comunicación leída en esta misma corporación hace 46 años, decía: "El ejercicio de preparación bajo el programa de trabajo y con el auxilio del profesor, tiene grandes ventajas para quien por primera vez encuentra los problemas de la colectividad, tan diferentes de los que durante los estudios médicos han sido objeto personal de todos sus esfuerzos de aprendizaje", sin pretender modificar la realidad actuante considero que es necesario establecer un esfuerzo sistemático y universal de incorporación del recién egresado al ejercicio profesional, ya que siendo este su primer contacto de manera autónoma con los servicios de salud influirá sobre él de manera definitiva, esta manera de unir a un sujeto con la realidad es el sustrato de nuestro planteamiento.

De acuerdo a la problemática señalada, el mecanismo propuesto contiene 3 grandes módulos: el individual, el sectorial y el social. El módulo individual busca a través de mecanismos de auto-enseñanza y auto-aprendizaje desencadenar un mejor conocimiento de sí mismo e incrementar su confianza, de igual manera favorecer el desarrollo de madurez, responsabilidad y disciplina, todo ello con base a técnicas de retroalimentación positiva durante la propia capacitación y análisis de la problemática común compartida por la edad, situación social, deseos de superación, desarrollo ulterior e incluso en intereses personales, creando un compromiso médico y social.

El módulo sectorial tendría como objetivo básico el

establecimiento de un concepto claro de integración docente asistencial que permitiera una congruencia entre las necesidades y la realidad operante, la demanda de trabajo, su mercado establecido y el avance de la ciencia, de igual manera que estableciera la decisión de la ampliación de cobertura de la atención médica a través del Servicio Social, logrando la unión entre la comunidad y el propio hospital a través de programas de salud bien determinados, normas y metodología de operación, conociendo la demanda de los servicios y estableciendo definiciones operativas para los niveles de atención y los criterios de referencia, todo esto, ayudado con la definición de las funciones profesionales a través de perfiles claramente establecidos y terminando con el logro de una planeación de los recursos humanos congruentes con las necesidades, tanto de la comunidad como del desarrollo del propio individuo, favoreciendo en el sector salud y educativo la formación y la especialización de sus propios individuos.

El último módulo es el social, estaría dado por la vigencia del modelo de atención a la salud, el papel de los diferentes tipos de médicos y de los integrantes del propio equipo de salud, el concepto de salud enfermedad como un proceso multifactorial, así como las funciones que a la salud pública, medicina preventiva y comunitaria se les hayan asignado, lo que redundará en una respuesta eficiente a las demandas de salud, dentro de un marco del modelo de servicio profesional que induzca al conocimiento de la comunidad y de la familia que permita establecer a partir de la participación de la propia comunidad los diagnósticos, estrategias y determinantes sociales de la salud de la comunidad, incluyendo específicamente la educación para la salud y el compromiso y responsabilidad de todos los participantes.

Lo anterior podría resumirse (ver cuadros 1 y 2) en que favoreciendo al individuo, al sector salud y educativo y a la propia sociedad lograremos la

Cuadro 1. Areas de integración del recién egresado.

Integración Niveles		INDIVIDUAL	SECTORIAL	SOCIAL
A	Estudiante / S.S.	—Desempeño personal	—docente-asistencial	—Modelo de atención a la salud
	S.S./Práct. Prof.	—Perfil de desarrollo profesional	—Demanda de trabajo	
B	Enfermo-sociedad (salud-enfermedad)	Médico / Paciente	—Cobertura S.S. —Comunidad-hosp.	—Médico General —Médico familiar y comunitario —Grupo de trabajo médico
C	Equipo de salud	—Funciones profesionales —Pertenencia a grupo profesional	—Programas de salud	—Mecanismos de atención a procesos multifactoriales
D	Conocimientos y Destrezas. (saber profesional)	—Auto-confianza en la resolución de problemas de salud	—Atención primaria y referencia	—Salud Pública y Medicina Preventiva y Comunitaria
E	Educación:	—Actualización profesional	—Formalización	—Respuesta eficiente en las demandas de salud
	Formal Continúa		—Especialización	

integración de intereses que nos permitirán unir en un solo esfuerzo tanto la información y la planeación como las metodologías de aplicación, operación de las mismas y evaluación, lo cual nos podría llevar a lograr un modelo de integración de los factores que intervienen en el Servicio Médico Social.

El Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud como organismo universitario pero vinculado estrechamente con el Sector Salud a través de funciones que le son propias, establece una interfase que le permite a través de una gran flexibilidad favorecer este acercamiento entre lo académico y lo funcional, entre la demanda y la necesidad y lo que es más, entre el individuo y la comunidad, consideramos que el CEUTES como interfase entre estos dos grandes sectores permite la integración, tanto de las necesidades de cobertura, como del conocimiento de la problemática en el mercado de trabajo y sobre todo podrá favorecer la adaptación del individuo al marco social y profesional que le demande el momento de desarrollo.

Por todo lo anterior a través del CEUTES planteamos la realización de programas específicos orientados según se ha venido planteando en esta presentación, tanto la problemática como los módulos de integración, considerando los programas a nivel individual estarían dados por:

- Análisis de la problemática del recién egresado.
- Técnicas de Autoenseñanza y Aprendizaje.
- Análisis del Método Clínico.
- Técnicas de Solución de Problemas.
- Seminario de Integración Docencia/Servicio.
- Dinámica de Grupos.

Los anteriores programas simplemente son mecanismos a través de los cuales se logran los objetivos ya planteados en el módulo individual.

Los programas sectoriales podrán estar dados por:

- Funciones profesionales sistematizadas.
- Análisis de necesidades y demanda regionalizada.
- Diagnóstico Institucional.

**Cuadro 2. Estrategias para la integración.**

INDIVIDUAL	SECTORIAL	SOCIAL
A Inducción al S. S.	Normatividad, Metodología, Operatividad	Inducción a la práctica profesional dentro del modelo de servicio
Definiciones de perfiles profesionales	Planificación de R. H.	
B Entrevista Clínica	Análisis de demanda de servicio salud	Psicodinámica familiar
		Diagnóstico de comunidad
C Multi e Inter disciplinarietàad	Diseño y evaluación de programas de salud	Diagnóstico de salud y estrategias de atención
D Autoaprendizaje	Definición de niveles atención	Determinantes sociales de salud
		Educación para la salud
E Análisis y solución de problemas	Definición de funciones profesionales	Motivación para un compromiso social
		Determinantes culturales
G —Auto-aprendizaje	Normatividad	Medicina Social
L —Auto-enseñanza	Programación	Socialización profesional
O —Sistematización de la información	Supervisión	Metodología de la Investigación documental, clínica y de campo
B —Análisis y difusión de experiencias	Seguimiento	
A —Tutorio	Regionalización-distribución	
L —Dinámica de grupo	Evaluación	

- Supervisión y Evaluación.
- Tipos de ejercicio profesional.
- Educación médica continua.

Los cuales tienden a responsabilizar al propio sector ante el recién egresado y favorecer su proyección ante él mismo.

Mención especial requiere la educación médica continua que consideramos es el único y mejor agente de motivación para la superación de la labor cotidiana del médico y que deberá ser iniciada en etapas tempranas, consideramos que esta debe tener un núcleo básico en el que se establezca el conocimiento que requiere el médico actuante según prioridades o programas, la información que lo actualice en el avance de la biomedicina, el manejo y decisión de las normas del propio sector salud y por último una área flexible de acuerdo a los intereses e inquietudes del propio sujeto, quien en ninguna forma a través de la regionalización podrá ser limitado para su propio desarrollo; este núcleo básico deberá apoyarse en agentes directos como: revistas, boletines impresos y acceso a información (Cuadro 3).

Para terminar, los programas del módulo social estarán constituidos por:

- Taller de trabajo comunitario.
- Seminario de Educación para la salud.
- Seminario de Salud en el trabajo.
- Metodología de investigación clínica y social.
- Mecanismos de colaboración en programas generales.

Con lo que se pretenderá lograr un conocimiento y un acercamiento mayor del sujeto a su realidad social, y por lo tanto favorecer la proyección del mismo en la comunidad y el logro de los programas globales que se le encomienden.

No creo que sólo a través de cursos, talleres, seminarios o estrategias de planeación pueda resolverse una problemática tan compleja, sin embargo, el convencimiento de que acciones sistematizadas y conjuntas son los únicos medios que podrán aliviar en buena parte la incorporación del recién egresado a los programas de salud vigentes y por lo tanto acercar la difícil meta de ampliar la cobertura de los servicios en estos momentos.

**Cuadro 3. Educación médica continua. Difusión.**

<b>MODULO DE APOYO</b>	<b>Gaceta Médica Nacional - Organó integrador</b>	
	<b>Revista Facultad de Medicina - UNAM - Organó Básico y Normativo</b>	
	<b>Carta Terapéutica</b>	
	<b>Boletín de Reacciones Adversas a las Drogas</b>	<b>Actualización y Desarrollo</b>
	<b>CEUTES - ANM</b>	
	<b>Boletín Quirúrgico</b>	
	<b>Revista IMSS - Transmisión de Elementos Normativos</b>	
	<b>Impresos de Trabajos de las Principales Revistas Mexicanas</b>	
	<b>Banco de Distribución de Material de Apoyo - ANM-FM-SSA</b>	