

La enseñanza de la atención primaria de la salud en el pregrado de la Facultad de Medicina

Sergio López Moreno, Laura Moreno Altamirano,
Facultad de Medicina, UNAM.

Introducción

En el Plan de Estudios 1985 de la carrera de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM, se señala que la formación de médicos debe enfocarse a la capacitación de individuos aptos para atender y resolver adecuadamente las necesidades apremiantes de la población en materia de salud a nivel sanitario y clínico¹.

A fin de cumplir con este propósito y con el objeto de incrementar la calidad académica de los egresados, en el currículum actual se hizo un reordenamiento de las asignaturas en cuanto a su contenido y secuencia; además se incluyeron materias que en los planes de estudio previos no se contemplaban; finalmente, se propusieron estrategias educativas acordes a la finalidad que se persigue.

El Plan de Estudios mencionado incluye la materia Seminarios de Integración y Prácticas en Comunidad que se imparte desde el 1º hasta el 4º año; no sólo pretende una confrontación de la teoría con la realidad, sino primordialmente como una actividad integradora de los conocimientos adquiridos en las diferentes asignaturas

1 2

En este espacio académico es en donde cobra importan-

cia la enseñanza de la "Atención Primaria de la Salud" conceptualizada de acuerdo a la declaración de Alma Ata como: La asistencia sanitaria social basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante la plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

CONTEXTO MUNDIAL DE LA APARICION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (A.P.S.)

Como se ha mencionado en múltiples ocasiones, existe una estrecha vinculación entre la situación de la salud de un país y sus condiciones económica y social.

A pesar del desarrollo técnico y científico de la medicina, su bajo impacto frente a las desigualdades sociales entre unos países y otros, aún dentro de los mismos, ha sido uno de los motivos para que los distintos foros mundiales de salud busquen afanosamente el camino más racional para lograr una situación más justa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado en diversos documentos oficiales que la medicina basada en métodos exclusivamente clínicos no ha resuelto de manera satisfactoria los problemas de salud más frecuentes y poco complicados que afectan a la población mundial.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) por su parte reconoció recientemente que la mayoría de los países dependientes poseen sistemas de salud organizados deficientemente; que estos servicios benefician a una mínima parte de la población; que la población mundial ascenderá para el año 2000 a más de 6000 millones de habitantes, de los cuales el 80% vivirá en los países pobres y, finalmente, que el personal de salud actual no está preparado para las tareas que las situaciones futuras deparan¹.

Estos hechos y otros de mayor trascendencia han determinado el diseño de estrategias mundiales y nacionales acordes con las realidades actuales y futuras en la que se logre la participación del mayor número de recursos posibles en forma concertada.

El trabajo en comunidad dentro de este enfoque es de vital importancia. Sin embargo, tradicionalmente, se había considerado el concepto COMUNIDAD como propio de aquellas áreas del conocimiento que, por sus fines o por su metodología de trabajo, definían el ámbito comunitario como una categoría científica sin la cual es imposible el abordaje de sus particulares objetos de estudio. Ejemplo de estas áreas son la antropología, la sociología, la historia, la economía, el trabajo social, etcétera. Dentro del área de las ciencias de la salud, inicialmente la enfermería abordó el estudio de la comunidad; posteriormente algunas especialidades de la Medicina y la Psicología empezaron el difícil pero productivo camino de acercamiento a la comunidad.

No obstante, es imposible dejar de reconocer que hasta hace tiempo la PRACTICA MEDICA se ha orientado hacia la comunidad como objeto de estudio y de trabajo.

Estas actividades se concibieron inicialmente como un mecanismo de abaratamiento de los costos y optimización de los recursos existentes en las poblaciones marginadas. Más tarde, el desarrollo de las técnicas de planificación sanitaria, el enfoque preventivo, la proyección del hospital al campo y el impulso de la estrategia multidisciplinaria en la resolución de los problemas de salud fueron incorporándose paulatinamente al quehacer profesional del médico, constituyendo así una diferente práctica médica.

Los primeros ejemplos de esta nueva práctica se realiza-

ron en el continente africano y en la mayor parte de los países pobres de Asia.

En China, después de la Revolución Política, actividades similares se realizaron masivamente con el apoyo de naciente gobierno socialista. Durante la década de los sesentas, acciones semejantes se difundieron por casi toda América Latina, adquiriendo progresivamente un carácter más científico.

Estas nuevas concepciones, combinadas con las propuestas que los organismos internacionales hicieron en su momento a cada país, constituyen la base sobre la cual se instituyó la Atención Primaria de Salud a nivel mundial.⁸

El enfoque comunitario de la formación de médicos, adoptado por la Facultad de Medicina, se complementa con la importancia que el Plan 85 concede a la formación científica del estudiante a través de su participación en proyectos de investigación orientados al análisis de los problemas de salud más importantes en el país y a la promoción y mantenimiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

La Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud es un concepto relativamente novedoso, ya que surgió hace apenas unos 20 años como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud que demostraron que la mayoría de la población mundial no tenía acceso a una atención apropiada.⁹

Se ha recalcado que la Atención Primaria de Salud (APS), al mismo tiempo que debe constituir el núcleo de los sistemas nacionales de salud, debe formar parte indisoluble del desarrollo económico y social de las comunidades.

A partir de 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) constituye la base sobre la cual los gobiernos de todo el mundo han reorganizado sus servicios de salud. En la mayoría de los países, esto se ha traducido en una orientación hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, fortaleciendo los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y fomento de la salud.

No obstante, como los servicios de Atención Primaria de Salud reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y sus comunidades, y son también resultado de esas condiciones y esos valores, lógicamente variarán según los diversos países y comunidades. Por este motivo la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud señaló que la Atención Primaria de Salud no puede considerarse una receta aplicable universal-

mente sin tomar en cuenta las condiciones regionales y locales de cada país y su población; dado que esto último implica que el trabajador de la salud debe ser capaz de interpretar estos principios a partir del manejo integral de un gran número de disciplinas, siendo éste otro de los propósitos de Seminarios de Integración y Prácticas en Comunidad, es decir, ser una asignatura facilitadora de la integración de conocimientos. La razón fundamental que la ubica de esta manera es que el proceso colectivo de salud-enfermedad (objeto de estudio de esta asignatura) requiere, para su comprensión y modificación, del concurso de conocimientos básicos, clínicos y del área social de la medicina. Así, el contacto del alumno con este objeto de estudio y transformación ofrece una multitud de problemas a entender y resolver, que constituyen la sustancia adherente que conduce a la integración.²

No en vano se afirma que en el campo de la salud, el aprendizaje debe hacerse en el servicio y orientarse hacia la solución de problemas, puesto que si no existe la necesidad de aprender y aplicar el conocimiento éste se pierde irremisiblemente.²

Definimos integración como el resultado del esfuerzo por reconocer, a partir del conocimiento y experiencias particulares, la expresión de la generalidad y sus leyes tanto psicológicas y conceptuales de un área del conocimiento.²

Desde nuestra perspectiva, la integración es posible en la medida en que en cada ejercicio intelectual y práctico realizado por el individuo se ejecuten actividades particulares con una visión totalizadora del proceso que se aborda.²

Consideramos que la integración de conocimientos es imprescindible para la correcta interpretación y puesta en marcha de la estrategia Atención Primaria de la Salud.

COMPONENTES ESTRATEGICOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y EL PREGRADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Estos componentes son aquellos que, por su carácter general, se expresan en las políticas de salud de los gobiernos. Constituyen grandes propuestas que en conjunto hacen posible el logro de una meta general. Los más importantes son:

1. La extensión universal de la cobertura. Se ha utilizado con frecuencia el concepto de cobertura para señalar el alcance de la complejidad de un servicio de salud. En otras palabras, esto quiere decir el porcentaje de la po-

blación que tiene acceso al servicio. Extensión universal de la cobertura significa entonces que el 100% de la población mundial debe tener acceso a los servicios de salud.

El acceso, sin embargo, no puede constituir tan sólo un aumento de la oferta de servicios sino que también la modificación de la estructura de los mismos que permita, desde el punto de vista social y cultural, su uso por parte de toda la población, por este motivo se reconocen por lo menos los siguientes elementos involucrados en la ampliación de la cobertura:

- a) Aumento de la disponibilidad de los servicios.
- b) Aumento de la accesibilidad de los servicios.
 - Accesibilidad geográfica.
 - Accesibilidad cultural.

La distribución de los médicos en el país no es adecuada, ya que mientras las grandes ciudades están saturadas de médicos, gran número de pequeños poblados carecen de ellos.

Puesto que los aspectos de número y ubicación de la infraestructura de salud actual no competen a la Facultad de Medicina, ésta puede participar activamente, por un lado, en lo que respecta al aumento de la disponibilidad y la accesibilidad cultural de los servicios médicos a partir de la capacitación de sus alumnos en el contexto de la Atención Primaria la Salud, de manera que cada vez sean más conscientes de la importancia de los componentes culturales de la población atendida tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, rehabilitación y prevención de los problemas de salud a nivel individual y colectivo. Por otro lado, es necesario hacer consciente que los futuros médicos tendrán diversos escenarios de trabajo, como es la administración de los servicios por lo que la cobertura, en el amplio sentido de sus implicaciones, debe formar parte de los programas de estudio, de aquí que la formación de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud es de vital importancia.

2. Desarrollo de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud. La provisión de servicios de salud aceptables y oportunos para toda la población con el fin de reducir las desigualdades existentes entre los distintos grupos humanos ha determinado la modificación de los patrones de formación de recursos humanos para la salud en todo el mundo. La Facultad de Medicina no es la excepción, el Plan 85 contempla este compromiso, atribuyéndole gran importancia.

La nueva orientación en la formación de recursos humanos está determinada por los siguientes factores:

- a) La necesidad de garantizar la accesibilidad no sólo geográfica y económica, sino sobre todo Social y Cultural de toda la población a los Servicios de Salud.
- b) La urgencia de lograr un verdadero impacto en las condiciones de salud, con el máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector público.
- c) La necesidad de incrementar la oportunidad, equidad y eficiencia de los servicios ofrecidos a la población.
- d) La necesidad de reordenar los sistemas de salud con base en el principio de "Niveles de atención" geográficos y funcionales.
- e) La necesidad de incluir la participación comunitaria, como un componente estratégico de la prestación de servicios de salud.

La disponibilidad de recursos humanos adecuados, para el cumplimiento de los requisitos señalados arriba, depende fundamentalmente de la capacitación de estos recursos a nivel de la enseñanza formal durante el paso del estudiante por la Universidad.

Sin embargo, a nivel profesional no es sino hasta hace pocos años que se han introducido programas de formación que incluyen en los currícula universitarios los elementos indispensables para garantizar un egresado con las cualidades y habilidades personales esenciales para realizar eficazmente las acciones de salud con el espíritu de la Atención Primaria de Salud.

Estas cualidades esenciales se refieren tanto a la información recibida acerca de los antecedentes, concepto, contenidos y métodos de la Atención Primaria de Salud como a los elementos formativos que le harán comprender al proceso salud-enfermedad como un todo inmerso dentro de los procesos sociales.

La habilidad social que el médico que participa en la Atención Primaria de Salud debe tener engloba, de con acuerdo DURANA⁴, en los siguientes apartados, mismos que el Plan de Estudios de la Facultad de Medicina destaca y que son:

- a) El médico es consciente de la influencia de la percepción sobre la acción: La percepción de experiencias pasadas influye en la percepción actual, de la misma manera que existen percepciones diferentes de la realidad de acuerdo con la cantidad y calidad de los estímulos ambientales. De esta forma, en el campo de la

salud la conciencia del trabajador de Atención Primaria de Salud respecto a su propio modo de percibir a la comunidad, le permite apreciar con mayor facilidad las creencias, ideas y conceptos que la comunidad tiene sobre sí misma y su salud.

- b) Es productivo en diversos contextos sociales: El trabajador en Atención Primaria de Salud debe estar en condiciones de reaccionar adecuadamente en medios distintos (geográficos, sociales, culturales, etcétera) de manera que éstos no modifiquen su capacidad de respuesta ante los problemas que debe solucionar.
- c) Utiliza conocimientos de diversas disciplinas: El examen de los factores condicionantes de la enfermedad a la luz de los conocimientos extraídos de diversos campos, permite comprender mejor el origen y desarrollo de los procesos morbosos en la colectividad, y le acerca más fácilmente al encuentro de la respuesta adecuada a cada caso.

Esto no implica, de ninguna manera, el abandono de la estrategia de abordaje multidisciplinario de la comunidad.

De acuerdo también con DURANA, la adquisición de habilidad social por parte del médico puede realizarse sólo bajo una estructura formativa que cuente con las siguientes características:

- 1) Debe permitir el análisis del conocimiento existente con una actitud crítica.
- 2) Debe promover la formación y autodidáctica permanente, regular y continua.
- 3) Debe combinar la teoría con la práctica durante el desarrollo del proceso educacional, con un acercamiento temprano a la comunidad.
- 4) Debe identificar y resolver problemas simultáneamente como estrategia de conocimiento.
- 5) Debe promover la inclusión temprana de la investigación en la formación del estudiante a nivel individual, familiar y comunitario^{2 4}

Todos estos elementos se han desarrollado paulatinamente en todo el mundo, culminando con la Declaración de Edimburgo³. Esta declaración, emitida por la Federación Mundial para la Educación Médica durante su conferencia realizada del 7 al 12 de agosto de 1988, en Edimburgo, Escocia, refleja la creciente preocupación de los países por reorientar la formación de recursos humanos en cuanto al logro de una atención de salud igualitaria, basada en la impartición humanitaria de los servicios médicos y puesta al alcance de la mayoría de la población.

En esta declaración se subraya la necesidad de incluir como escenario de aprendizaje, además del ámbito hospitalario, a la comunidad; de estimular al estudiante para acercarse al conocimiento a través de la investigación, de fomentar el trabajo interdisciplinario en salud, y de transmitirle un sentido más humanitario del quehacer médico².

Como puede notarse, el perfil del egresado de las escuelas de medicina que sigan las recomendaciones anteriores tal como lo hace la Facultad de Medicina de la UNAM, estará no solo en mejor posibilidad de cumplir con las metas estratégicas de la Organización Mundial de la Salud para el año 2000, sino que podrá más fácilmente cumplir con su papel de la Atención Primaria de Salud, sea cual fuere el escenario futuro de su quehacer profesional.

3. Participación comunitaria. El desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud durante la formación del médico es imposible sin la participación plena de la comunidad, a través de su organización y con autorresponsabilidad de la misma, de manera que los individuos, las familias y las comunidades participen activamente en el mejoramiento de su propia salud.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) definió, en 1978, a la participación comunitaria como "El proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo" ³. Esta definición considera a la participación comunitaria como un fin en sí mismo, como un producto final valioso, como un derecho humano fundamental ⁴. También es posible considerarla como un medio, en este caso para el logro de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

No obstante, como quiera que sea considerada -fin o medio- debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Debe ser activa.
- b) Debe ser consciente.
- c) Debe ser responsable.
- d) Debe ser voluntaria.
- e) Debe ser organizada.
- e) Debe ser continua.

Esta participación debe también realizarse en todas las fases de los programas, de salud y no sólo durante la ejecución de los mismos. Por ello, la comunidad debe

estar involucrada desde el diseño mismo de los programas, el planteamiento de los objetivos y los procesos de evaluación de las actividades.

En este sentido, el papel que debe desempeñar el alumno es fundamental, en la medida que tenga la capacidad de comprender a la comunidad como un grupo de individuos vivos, activos e interactuantes⁵.

4. Desarrollo de tecnología apropiada. La labor internacional en favor del desarrollo ha evolucionado de una etapa inicial filantrópica y paternalista hacia una fase de asistencia técnica caracterizada por la "transferencia" de conocimientos prácticos, patrones y normas preestablecidas. Esta transferencia se basa, obviamente, en el supuesto de que la tecnología importada de los países industrializados es el mejor modelo para todos los pueblos en desarrollo. Se trata en otras palabras, de un proceso en un solo sentido que refuerza las posiciones del "desarrollo" frente al "subdesarrollo".

Esta situación ha provocado que la mayoría de las veces los países pobres con frecuencia conozcan mejor las necesidades de salud de los países ricos que las propias. En otros casos, la importación de tecnologías inadecuadas puede llegar inclusive a ser perjudicial para los intereses de los países en desarrollo. Ambas situaciones, finalmente, pueden tener en algunos casos mayor importancia en la determinación de las condiciones de atraso científico y tecnológico de los países pobres que la verdadera escasez de recursos humanos y financieros.

Por este motivo, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud recomendó a la comunidad mundial, a través de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la creación de programas de estímulo y fortalecimiento de tecnología apropiada a las condiciones de cada país. Remarcó que el uso de tecnología local no sólo disminuirá progresivamente la pesada carga de la dependencia tecnológica, sino que además posee las siguientes ventajas:

- a) El uso del conocimiento tradicional permite incrementar la confianza de la población en los programas de salud comunitaria.
- b) La utilización de técnicas y procedimientos sencillos, inventados por la propia comunidad, disminuye la falsa creencia de que la salud es dominio exclusivo de los expertos y fomenta la participación popular.
- c) La utilización de los recursos existentes en la propia

zona de ejecución de los programas permite la ampliación de la cobertura debido a la disminución de su costo y a su fácil replicación en otras regiones.

Sin embargo, es necesario recalcar que, a pesar de las ventajas indudables de la tecnología apropiada, ésta deberá ser en todos los casos **SOCIALMENTE ACEPTABLE Y CIENTIFICAMENTE VALIDA**, evitando el uso de los recursos locales que no cumplan con estos requisitos, aun y cuando influyan positivamente en el desarrollo de la participación comunitaria.

Como puede observarse, el proceso de selección de tecnología apropiada debe evitar siempre el uso de prácticas primitivas de atención sobre todo cuando representen algún peligro para los usuarios. Con esto se evitará caer en el error de confundir a la Atención Primaria de Salud con una medicina de segunda, para gente de tercera.

En este rubro sólo se puede participar en la medida en que los estudiantes tengan un bagaje de conocimientos y experiencias que les permitan distinguir lo que es apropiado y lo que no. La Facultad de Medicina se ha preocupado por proporcionar a sus alumnos elementos necesarios para interactuar con la comunidad en relación con lo aquí señalado.

5. Desarrollo Administrativo. El pasante dentro del sistema de vigilancia Epidemiológica.

El desarrollo administrativo en la Atención Primaria de Salud se concibe como la introducción a las técnicas modernas de administración y gestión en el desarrollo de los programas de servicio de salud. Esto significa que todo programa de medicina debe incluir en su diseño y ejecución los elementos de Planificación, Organización, Control y Gestión; que en América Latina han sido muy discutidas en lo que concierne a Salud.

Para ello, sin embargo, nunca será suficientemente remarcada la importancia que tiene la creación de un sistema nacional de información en salud, sin el cual la planificación de los servicios es prácticamente imposible. La información, para su procesamiento, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Debe ser veraz, es decir, con una alta aproximación a la realidad.
- b) Debe ser oportuna, de manera que permita la programación a mediano y corto plazo.
- c) Debe ser precisa con una especificación clara de lo que se informa.
- d) Debe ser continua, es decir regular y permanente.

e) Debe ser confiable y provenir de fuentes serias de recopilación de datos.

El sistema de información debe permitir también que ésta se transmita de manera expedita, facilitando su uso en la retroalimentación de los programas, cuando éstos se encuentren aún vigentes, permitiendo que lleguen a todas las instancias participantes en el proceso (comunidad, equipo de salud, planificadores y autoridades).

Otro elemento a considerar en el sistema de información es que cada vez, con mayor frecuencia, la comunidad está participando no sólo en la génesis, sino también en el análisis y uso de la información de salud. De hecho, se puede afirmar que todo programa de Atención Primaria de Salud debe involucrar a la comunidad en los tres aspectos señalados, con el fin de optimizar los recursos administrativos del programa, así como de promover la participación consciente y responsable de la colectividad. El uso de la información local por parte de la comunidad debe finalmente servir para la evaluación del programa y racionalizar la toma de decisiones.

COMPONENTES PROGRAMATICOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LA ASISTENCIA E INVESTIGACION EN LA FORMACION DEL MEDICO

Los componentes programáticos de la Atención Primaria de Salud, a diferencia de los estratégicos, se refieren a aspectos restringidos de la prestación de servicios y se expresan en forma de programas. Estos pueden ser, según su prioridad: Mundiales, Regionales o Nacionales. Los recomendados por la Conferencia Internacional de Alma Ata, en 1978, son los siguientes:

1. Atención materno-infantil.
2. Inmunizaciones.
3. Planificación familiar.
4. Control de las enfermedades diarreicas.
5. Control de las enfermedades respiratorias agudas.
6. Control de las enfermedades parasitarias.
7. Control de enfermedades ocupacionales.
8. Control de las enfermedades por transmisión sexual.
9. Control, prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas.
10. Alimentación y nutrición.
11. Saneamiento ambiental.
12. Salud mental.

13. Salud dental.
14. Prevención de accidentes.
15. Erradicación de la malaria ¹.

Como puede notarse, estos programas tienen la característica de agrupar a la mayor parte de la patología prevalente en la actualidad en el mundo. Para su instrumentación, en cada país, se combinan sus características locales en términos de MAGNITUD, VULNERABILIDAD, TRASCENDENCIA Y COSTO. Esta combinación permite determinar su prioridad con respecto al total de programas propuestos, en nuestro caso relacionar los problemas de investigación.

En México, cada componente programático posee un programa específico, aunque es notable la importancia que han recibido los programas de Inmunizaciones, Salud Materno Infantil y Planificación Familiar.

Con la introducción de la Terapia de Rehabilitación Oral (TRO), los programas de prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los de control y mejoramiento del ambiente, etcétera, las actividades de APS en México se han diversificado. De la misma manera se ha insistido en la regionalización de los servicios y la conformación de un Sistema Nacional de Salud basado en niveles de atención progresivamente complejos, aunque desde nuestro punto de vista estas estrategias no han tenido ni la magnitud ni el impacto que debieran.

Finalmente, es necesario señalar que actualmente a nivel mundial se está impulsando una nueva estrategia para la operación de los programas de APS. Esta se basa en la introducción del ENFOQUE DE RIESGO, que considera a poblaciones diferentes sujetas a su vez a un riesgo distinto para patologías específicas, dependiendo de sus condiciones de vida. Este riesgo, cuantificable y medible, podrá en un futuro cercano determinar con mayor exactitud el tipo y la forma de programas sanitarios que cada grupo social bajo riesgo (lactantes, embarazadas, ancianos, trabajadores, etcétera) requiere de manera específica ⁶.

Este es el enfoque que proporcionamos dentro del Programa de Investigación en el 4^o año y posteriormente en el Servicio Social.

COMPONENTES ESTRATEGICOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LOS QUE LA FACULTAD DE MEDICINA ESTA SUPEDITADA AL SECTOR SALUD Y OTROS SECTORES; PERO QUE EL ESTUDIANTE DEBE CONOCER Y COMPRENDER DURANTE SU FORMACION

1. La regionalización de los Servicios de Salud, para su óptima utilización, requiere una reordenación geográfica radical. Con ello se expresa la necesidad técnica y social de trasladar los recursos existentes, concentrados en pequeñas zonas geográficas urbanizadas, hacia el total de regiones que conforman un país. De esta forma, al mismo tiempo que amplía la cobertura de servicios, se avanza en el logro de los objetivos de eficiencia, eficacia, equidad y justicia social.

Otro elemento que resulta de la regionalización del servicio médico es la conformación de los niveles de atención a escala nacional. Estos niveles, que se califican de acuerdo con su complejidad técnica y administrativa, requieren forzosamente para su óptima utilización de la regionalización geográfica.

Es conveniente no confundir el PRIMER NIVEL DE ATENCION, que está constituido por la infraestructura técnica, física y administrativa más simple del Sistema Nacional de Atención con la Atención Primaria de Salud, que es una estrategia de atención de TODO sistema de salud, a nivel mundial.

2. La Articulación Intersectorial. En vista de que son múltiples los factores socio-económicos que afectan el desarrollo sanitario de la comunidad, el mejoramiento de los servicios de salud por sí solo no es suficiente ya que, "tan pronto se ha curado un paciente, al regresar a su medio de vida, el pantano de la pobreza lo atrapa nuevamente regresando enfermo a unos meses o semanas de tratamiento" ⁷. Por lo tanto, con el fin de vencer las enfermedades de los países en desarrollo, los problemas sociales y económicos habrán de atacarse en forma concertada por los distintos sectores de la sociedad y su gobierno.

Las experiencias de países como la India, Liberia, Cuba y Costa Rica ponen de manifiesto que las necesidades prioritarias de la comunidad no siempre consisten en la prestación de servicios médicos convencionales, sino en la provisión de agua potable, alimentación suficiente, erección de escuelas, construcción de carreteras, etcétera. Para ello, los sectores involucrados en tales acciones (el sector salud, el sector educativo, el sector productivo etcétera), requieren realizar un mayúsculo esfuerzo de coordinación y cooperación, considerando siempre en primer lugar las necesidades prioritarias de la comunidad.

Los proyectos de alfabetización masiva, aprovechamiento de recursos hidráulicos, desarrollo de tecnología alimentaria, etcétera, constituyen pilares fundamentales de la coordinación intersectorial y, por lo

tanto, del desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

EL SERVICIO SOCIAL DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

Considerando al servicio social como la fase culminante en la formación del médico a nivel de pregrado, es deseable que durante este período el médico pasante cristalice en proyectos y actividades de investigación y servicio el conjunto de elementos adquiridos durante su paso por la escuela de medicina.

Con ello se evitará la ruptura que tradicionalmente el pasante en servicio social sufre con respecto a la continuidad de su formación académica.

Por otro lado, la conjunción de los elementos propios de la Atención Primaria de Salud con la realización del servicio social mejorará sin duda alguna la calidad del servicio que el médico pasante puede ofrecer a la comunidad en la que lo realice. Puesto que el conjunto de actividades propias del servicio social (asistencia, servicio, investigación e información) pueden inscribirse en el contexto de la Atención Primaria de Salud, tal como ha sido desarrollado aquí, la presente es una oportunidad para conferirle al servicio social una categoría que muy pocas veces ha tenido desde su creación, respondiendo de manera cada vez más adecuada a las necesidades de la sociedad en el seno de la cual se forman los médicos de nuestro país.

Referencias

1. Canales, F.H. "Metodología de la Investigación". Manual para el desarrollo del personal de salud. Oficina Panamericana de la Salud. Editorial Limusa, México. 1986.
2. Cano, V.F. "Introducción Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano 1985". Editorial Facultad de Medicina UNAM. 1985.
3. Federación Mundial para la Educación Médica "Declaración de Edimburgo". Confederación Mundial de Educación Médica 7-12 de agosto, Edimburgo Escocia. 1988.
4. O.M.S. "Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Alma Ata, URSS. 6 a 12 de septiembre de 1978. Doc. Of. No. 1. Ginebra, Suiza. 1978.
5. O.P.S. "Final report and background document". En Special Meeting of ministers of Health of the Americas, Washington D.C. Paho. 1978.
6. O.P.S. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil". Serie Paltex para ejec. de progr. de salud, No. 7. Washington, D.C. p. 4-24. 1986.
7. Osufu-Amaah, V. "Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud en la comunidad", O.P.S. Public Cientific. No. 459. 1984.
8. UNICEF "Estado Mundial de la Infancia 1985". Editorial Siglo XXI, México. 1985.