



<https://doi.org/10.24245/mim.v38i1.4871>

¿Qué estamos haciendo por una medicina basada en los problemas de la comunidad?

What are we doing for a medicine based on community problems?

Alain R Rodríguez-Orozco

Resumen

La formación médica en el país ha favorecido tradicionalmente la adquisición de competencias clínicas y habilidades para la medicina institucionalizada y para los consultorios privados, pero se han desatendido las cambiantes demandas de salud de la comunidad, necesarias para organizar una medicina más justa y equitativa. Este artículo plantea una reflexión sobre la necesidad de realizar prácticas de medicina comunitaria como parte de la formación en pregrado y posgrado.

PALABRAS CLAVE: Medicina comunitaria; habilidades clínicas; competencias clínicas.

Abstract

Medical training in the country has traditionally favored the acquisition of clinical competencies and skills for institutionalized medicine and for private practices, but the changing health demands of the community, necessary to organize a fairer and more equitable medicine, have been neglected. This article raises a reflection on the need to carry out community medicine practices as part of undergraduate and graduate training.

KEYWORDS: Community medicine; Clinical skills; Clinical competencies.

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

Recibido: 26 de octubre 2020

Aceptado: 5 de diciembre 2020

Correspondencia

Alain R Rodríguez Orozco
alain.rodriguez@umich.mx

Este artículo debe citarse como:

Rodríguez-Orozco AR. ¿Qué estamos haciendo por una medicina basada en los problemas de la comunidad? Med Int Méx 2022; 38 (1): 162-164.



Es un aspecto esencial, la pertinencia social, concretada en el vínculo real de todo programa en ciencias de la salud con problemas nacionales o regionales relevantes; por eso la enseñanza de la medicina exige un enfoque contextualizado para encontrar respuestas relacionadas con el desarrollo de las competencias profesionales para los cambiantes problemas de salud y las exigencias de cada comunidad.¹

Trasladar los retos de la medicina de las aulas a la práctica comunitaria continúa siendo un problema no resuelto que debe empezar a abordarse desde el pregrado con la incorporación más temprana de los estudiantes a la práctica en comunidades, al tiempo que se cursan las primeras materias del área sociomédica. Medicina familiar es la residencia que más dedica horas de aprendizaje a la práctica comunitaria, pero vale la pena que se consideraran estancias en comunidades y en unidades de atención primaria para todos los residentes de pediatría, ginecología y obstetricia y medicina interna porque es importante que apliquen en forma temprana sus aprendizajes en prevención y promoción de salud y desarrollos las habilidades para reconocer los problemas y riesgos a la salud en el medio natural del paciente y su familia y no solo reciban formación para el trabajo en hospitales y clínicas especializadas. Esto es más importante si consideramos que muchos de ellos se desempeñarán en la práctica extrahospitalaria principalmente y que su formación durante la residencia en competencias suele ser débil en aspectos de medicina comunitaria, alejados del contexto social que alimenta a la enfermedad.

Cuando se han evaluado las competencias clínicas en alumnos de internado de medicina a través de un examen clínico objetivo estructurado, el cual, a diferencia de los exámenes convencionales permite "sistematizar e integrar el conocimiento y aprovechar sus habilidades

para obtener un cuadro integral de su visión de la práctica clínica", se han encontrado serias deficiencias en varias áreas, entre ellas comunicación e interrogatorio médico.² El internado de pregrado resulta una práctica indispensable para que los alumnos "apliquen, integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante la carrera y desplieguen las competencias básicas para ejercer la práctica clínica", y para esto debe prestarse atención al reconocimiento de los problemas en su medio familiar y social, por lo que constituye un eslabón necesario la práctica de los saberes en la comunidad y también la adquisición en ésta de nuevos aprendizajes que contribuirán a modelar una concepción de la medicina más justa y equitativa.³

Una de las preocupantes deficiencias en egresados de medicina es su débil formación en humanidades médicas y las escasas habilidades para la comunicación, situaciones que pudieran mejorar con un acercamiento temprano de nuestros estudiantes a las comunidades y con la adecuación de los programas de servicio social y de pre y posgrado a las demandas de salud de éstas, que suelen ser específicas, por ejemplo, para los que viven en condiciones de pobreza y para los que viven en las grandes ciudades con múltiples factores de riesgo inherentes a la sobrepoblación y las condiciones de trabajo que imponen las actuales prácticas de mercado.

Un aspecto enriquecedor de las estancias en comunidades y unidades de atención primaria rurales es el aprendizaje y contextualización de las prácticas de la medicina tradicional, el acercamiento y humanización del acto médico considerando las carencias y los recursos que dispone la comunidad para la mejora de la salud familiar y la educación médica a la comunidad basada en la atención a factores de riesgo, como adicciones, promiscuidad, trastornos de conducta y trastornos nutricionales.

El servicio social debe realmente convertirse en la primera y necesaria actividad formativa para la inmersión de nuestros alumnos en la práctica médica comunitaria, pero, a diferencia de lo que actualmente se hace, debe buscarse que los alumnos de servicio social mejoren sus habilidades para la interacción social, comprendan y participen en las actividades de las comunidades, no solo las relacionadas con la salud, y estén dispuestos a aprender de las prácticas de medicina tradicional y la medicina alternativa, no desde la soberbia y la desacreditación, sino desde la complementariedad a su formación y finalmente que entiendan la salud como un hecho cultural. Imaginemos a nuestros alumnos de servicio social y residentes dirigiendo en la comunidad talleres de orientación nutricional o en medio de emergencias sanitarias participando en cursos para producir jabones o soluciones para desinfectar, participando en pláticas sobre usos de plantas medicinales junto a curanderos de la comunidad, realizando actividades para fomentar el autocuidado y el apoyo de la familia a pacientes con enfermedades crónicas. Esto último no debe ser un deber exclusivo del médico familiar. Esta riqueza de conocimientos no suele ser aportada por la formación en los hospitales.

México es un país con cerca de cinco siglos de experiencia en el aprendizaje y práctica de los saberes médicos en las comunidades. Los habitantes de éstas participaron en la construcción, mantenimiento y funcionamiento de las primeras edificaciones que funcionaron como centros para la sanación, como los hospitales pueblo del siglo XVI y los hospitales dirigidos por religiosos hasta que éstos se convirtieron en hospitales civiles en el siglo XIX. En la Nueva España tanto la medicina occidental como la tradicional se practicaban y muchos médicos reconocieron y usaron materia médica aprendida de curanderos tradicionales y maestros de la herbolaria. ¿Era más social la concepción de la medicina de Fray Juan de San Miguel en el siglo XVI que la

de la medicina que ahora pretendemos ejercer, no aprovechando los saberes de las comunidades? ¿Cuánto más estamos dispuestos a perder en nuestra formación profesional y en valores cuando como médicos permanecemos alejados del medio en el que se expresa la enfermedad, la comunidad? ¿Qué estamos haciendo por las personas que viven en la pobreza y en comunidades con pocos recursos, por aquellos que viven en condiciones de inseguridad alimentaria y con dietas muy poco diversas?

Deben ser objetivos reales de las prácticas comunitarias de internos y residentes el fomento de la disciplina en el autocuidado y debe entrenarse a nuestros alumnos para interaccionar mejor con la gente de cualquier estrato social, debemos enseñarlos a aprender de los saberes de las comunidades rurales, a conocer y perfeccionar las prácticas de la medicina tradicional y la herbolaria, porque desgraciadamente en nuestras facultades no estamos contribuyendo lo necesario para formar un hombre lo suficientemente próximo a las necesidades de los sectores más vulnerables, ni hemos actualizado los planes de estudio a una medicina que requiere ser cada vez más comunitaria y participativa, con mucho más insistencia en educación, prevención y promoción de salud y seguimos priorizando la formación de médicos para el hospital y para las consultas privadas, pero no para las comunidades.

REFERENCIAS

1. Manzo-Rodríguez L, Rivera-Michelena CN, Rodríguez-Orozco A R. La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. *Educ Med Super* 2006; 20 (3).
2. Tapia-Villanueva RM, Núñez-Tapia RM, Syr Salas-Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El examen clínico objetivo estructurado como herramienta para la evaluación de competencias clínicas del internado de pregrado. *Educ Med Super* 2008; 22 (1).
3. Tapia Villanueva RM, Núñez-Tapia RM, Syr Salas-Perea R, Rodríguez-Orozco AR. The undergraduate medical internship and the clinical competences: Mexico in the Latin American context. *Educ Med Super* 2007; 21 (4).