

LA MEDICINA DE LA COMUNIDAD

Por: José de los Ríos O.

APUNTES INTRODUCTORIOS

Por fin, después de varios intentos y múltiples estudios, hasta el funcionamiento de una año preparatorio de medicina en 1937, el 11 de septiembre de 1975 el Consejo Directivo de la Universidad Pontificia Bolivariana, después de un debate muy amplio, decidió por mayoría de votos, aprobar la apertura de la Facultad de Medicina (1).

Dentro de todos los ires y venires, solicitudes de licencia y toma de conceptos a diversas entidades, previo al funcionamiento de la Facultad, es interesante traer a estos asuntos introductorios un concepto que emitió el entonces Director Ejecutivo de ASCOFAME -Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-, el Dr. Jorge Restrepo Molina cuando expresó que: "La creación de una nueva Facultad de Medicina en el país, debería obedecer fundamentalmente a la necesidad de introducir cambios importantes en el sistema tradicional de formación médica, a fin de que se produjera un nuevo tipo de médicos acorde con las necesidades del país", y añadió el mismo profesor Restrepo "la Asociación no daría al ICFES el visto bueno para autorizar el funcionamiento de una nueva Facultad de Medicina que siga los moldes actuales" (1).

Estas citas anteriores bien pueden constituirse en un preámbulo para escribir en los apartes siguientes de este artículo, algunos conceptos atinentes a la Medicina de la Comunidad, tanto en sus aspectos conceptuales y tal vez filosóficos, hasta hacer una macrodescripción de los contenidos académicos que enmarcan el programa así denominado en la Facultad de Medicina de la U.P.B. a nivel de pregrado, para concluir con un comentario que recoja

las experiencias de lo que ha sido el ejercicio práctico de la misma, por quienes han transitado por este contenido curricular.

Cuando se dio inicio a las labores de la nueva Facultad de Medicina en Antioquia a principios de 1976, se expresaron muchas ideas acerca de cómo sería la docencia de quienes allí estudiarían y se decía que se abandonaría el esquema flexneriano de la formación médica y se haría un contenido curricular en forma integral, el cual funcionaría impartiendo una docencia que comenzando por los conceptos anatómicos y de ciencias básicas, se pasaría por aquellos de la fisiología normal, para llegar a los aspectos de anormalidad y de patología, concluyendo con los procedimientos correctivos y terapéuticos.

En algún momento después de los primeros años de funcionamiento de la naciente institución, quien esto escribe, hizo una fuerte crítica a los currículos de las facultades de medicina -entre ellas lógicamente de las nuevas-, en un editorial del Boletín Epidemiológico de Antioquia, donde concluía que estos eran una eficiente copia de los que tenían las antiguas, crítica que cayó en el vacío a pesar de la amplia difusión que la citada revista tenía y tiene en la actualidad (2).

Pero también es importante resaltar que tanto en la mente de quienes fundaron la Facultad de Medicina U.P.B., como en quienes han sido los directivos de otras, siempre ha estado presente la idea de formar un profesional "con el más alto espíritu de servicio a la comunidad". No obstante, parece ser que para ellos es claro lo que se necesita, pero el problema ha radicado en dar respuesta a el cómo se hace, o cómo se logra este objetivo, a pesar de que ninguna de las escuelas médicas dentro o fuera del país, han

carecido de departamentos o grupos que son los más diversos nombres, desde medicina social, medicina preventiva y salud pública y medicina comunitaria, entre otros, han buscado dar respuesta a ese cómo que más arriba se mencionó. Pero la verdad de pronto sigue siendo la misma: La formación médica ha hecho su énfasis en los aspectos técnicos y tecnológicos correctivos del proceso morboso, orientados a un ejercicio individual, es decir, en formar un médico para reparar los daños de la enfermedad como procesonatamente biológico, sin prestarle la trascendencia necesaria a su objetivo primario, cual es el cuidar de la salud y dejando casi a un lado la trascendencia social y humana y la repercusión en la misma sociedad del proceso de la salud y de la enfermedad. Vale decir, se ha limitado a impartir una formación con una visión telescópica, igual al campo limitado que ofrece cualquier aparato utilizado en la endoscopia, cuando es necesario que la educación médica contribuya al desarrollo de unas capacidades, que permitan al estudiante la captación holística de la problemática que el mantenimiento de la salud y la contribución al bienestar de los grandes o pequeños grupos humanos, generan.

En síntesis el Dr. Restrepo Molina en aquel entonces, muy probablemente aboga por una formación médica en la cual fuera posible estar más acorde con la más moderna teoría del concepto de salud, en la cual al decir de Bersh (3), es necesario que se tengan muy presentes los factores medio ambientales, de comportamiento, genéticos y de los servicios de salud mismos, los cuales gravitan de manera trascendente sobre el ser humano en particular y sobre la comunidad en forma general. Y todo esto, impregnado de un profundo sentido humano, como ingrediente indispensable para la más adecuada formación y el más exitoso ejercicio profesional,

del cual se derive el más alto beneficio de la población, en cualquiera de los estratos en que ella se encuentra organizada.

A la luz de los antecedentes históricos expuestos, es precisamente cuando surge la idea, al iniciar labores la Facultad de Medicina de la U.P.B., de hacer un diseño curricular que se denominó desde entonces Medicina de la Comunidad, el cual, ensamblado a los demás contenidos académicos de orden biológico y psicológico, buscara dar una respuesta a la formación de un médico con un perfil diferente al que tradicionalmente han tenido los egresados de las facultades de medicina de Colombia y con seguridad de la mayoría de otras escuelas médicas en otras latitudes intra y extracontinentales.

FUNDAMENTOS DE LA MEDICINA DE LA COMUNIDAD

¿Qué simple o qué complejo puede ser hablar de salud comunitaria, cuando precisamente la formación médica de manera explícita o tácita, necesariamente tiene como objeto el servicio a la comunidad?... (4).

No obstante, la intrincada red de conceptos que se desprenden de la búsqueda del bienestar humano -y como componente imprescindible de este la salud-, hace que para unos ese conjunto de apreciaciones se miren de una manera superficial y se toquen en forma tangencial, dando lugar a una concepción sesgada de los sucesos y para otros, que se profunde un poco más, y de esta manera se pueda entrever -por lo menos-, dentro de la dimensión y la funcionalidad que realmente tienen. Es en este punto y hora cuando tiene cabida e importancia, el

tener claridad sobre lo que se quiere significar, cuando se habla de la Medicina de la Comunidad.

Para poder entender la Medicina Comunitaria, se requiere tener presente tres principios esenciales. El primero hace referencia a la comprensión de la salud como un proceso en el cual tienen influencia factores de orden genético, dentro de los cuales estarían comprendidos todos aquellos que tienen que ver con la biología del ser humano. Con factores que hacen relación al escenario donde ese ser o conjunto de seres desarrollan sus actividades y que van desde aquellos que se refieren a los aspectos ecológicos o naturales -lógicamente con las modificaciones que los mismos hombres le han hecho para bien o para mal-, hasta aquellos de orden social, con su multiplicidad de variaciones, donde también es necesario tener en cuenta los económicos. Es necesario además, tener presente los factores de comportamiento, o sea aquellas actitudes que el hombre adopta para cuidar su vida y su salud, los cuales, entre otros, llegan a confluir en lo que se puede definir como estilo de vida, donde hace su aplicación relevante la necesidad del autocuidado de la salud, consagrado en la Constitución Colombiana de 1991.

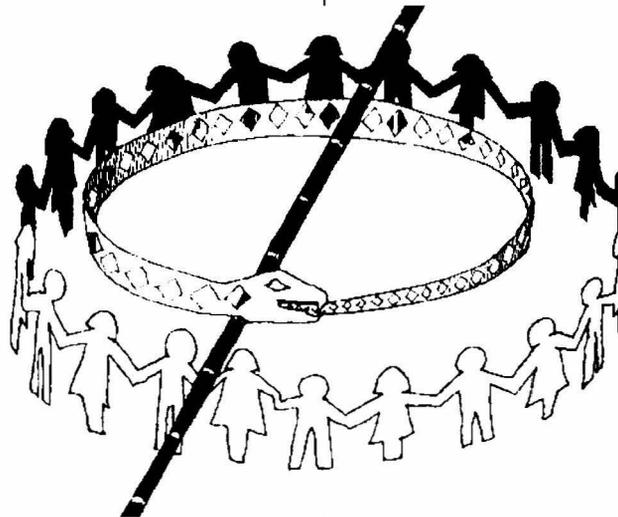
Para volver práctica la fundamentación de la Medicina Comunitaria, es también necesario tener un conocimiento y, lógicamente, una capacidad de funcionamiento dentro de la disposición de

los servicios de salud y por que no, de tener la capacidad de hacer innovaciones, que permitan prestar la atención de la más alta calidad, a la más alta proporción de la población.

Pero después de estudiar, comprender e introyectar los factores anteriormente explícitos, es necesario darles toda una funcionalidad, el cual se constituye en el segundo fundamento o principio teórico de la salud comunitaria, que por decirlo de alguna manera, es el procesador de los factores a los cuales se hizo referencia anteriormente, que en última instancia permite captar de una manera más plena la dinámica del proceso de la salud y de la enfermedad y que se conoce como la historia socio-natural de las mismas (5).

Por supuesto que tan inconsecuentes son quienes solamente aceptan y funcionan dentro del concepto biologista o natural del proceso, como quienes bus-

can explicaciones y quienes quieren encontrar soluciones o alternativas, haciendo énfasis únicamente en los aspectos de orden social, actuando como en escenarios aislados. Esto precisamente ha sido tal vez una constante en el ejercicio y docencia de las profesiones médicas, en las que ha prevalecido la tendencia a sobrevalorar lo biológico o natural y a ver lo social, como algo en lo cual la medicina no tiene mucha competencia.

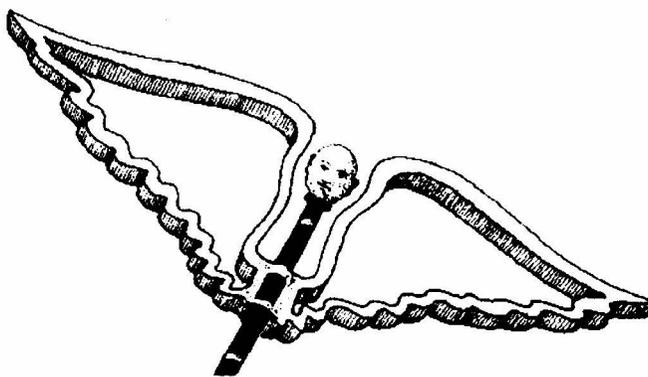


Cuando se llega a comprender con la mayor profundidad posible la historia socio-cultural del proceso salud-enfermedad, se cuenta con las mejores bases para el ejercicio a plenitud de una medicina para la comunidad, y comunidad es tanto la que acude a un hospital en el momento en que es necesario recuperar las fuerzas minadas por la enfermedad, como comunidad es aquella que se congrega en una pequeña población o en una gran ciudad, a la cual hay que acompañar dentro de una organización de servicios, para estimularla al autocuidado de su salud, a prevenir la enfermedad, a evitar o a aminorar los factores de riesgo y en una palabra, a mantener las mejores condiciones de salud, contribuyendo así a tener la mejor calidad de vida y por consiguiente un mayor bienestar (4).

Resta aún un fundamento de la salud comunitaria, el cual infortunadamente no es abordado dentro del programa de Medicina de la Comunidad y en forma articulada dentro de los estudios médicos. Es el aquel que hace referencia a la preparación para el ejercicio más humano de la medicina. Ese fundamento es el que hace relación a la sensibilización del espíritu hacia todas las manifestaciones humanísticas de la especie.

Se puede aceptar que mientras más sumergido se puede estar en las cosas que hace el hombre, cua-

lesquiera que ellas sean, más inclinación se tendrá a hacer más humano el comportamiento del profesional.



La Universidad Bolivariana en este sentido estableció hace algunos años un programa paralelo a los currículos de todas sus facultades, que en primera instancia denominó "Micro-curriculum" y que al presente comprende tres niveles a saber: "Humanismo y Universidad; Nuestra Sociedad y sus Valores" y finali-

za con una miscelánea donde incluye algunos aspectos del arte. Es probable que para una mejor aceptación y un mayor impacto, es necesario que este programa tenga una mejor articulación en cada una de las carreras, pero de todas maneras este es un buen comienzo.

Si se tienen claros los fundamentos de la Medicina de la Comunidad, se debe deducir lógicamente que el ejercicio de la misma, tiene que ser el producto de una labor de equipo, en el cual cada uno de sus integrantes comprende de manera general la génesis e implicaciones del proceso salud-enfermedad, para poder imprimirle todo el acento humano al ejercicio de la vocación y el cumplimiento de la misión específica.

CONTENIDOS ACADÉMICOS DEL PROGRAMA DE LA MEDICINA DE LA COMUNIDAD

Alguna incidencia tuvieron las anteriores consideraciones, para que la Facultad de Medicina de la U.P.B., desde el inicio de labores en 1976, diera comienzo a la estructuración del Programa de Medicina de la Comunidad, el cual al presente tiene un desarrollo longitudinal, con contenidos que se distribuyen paulatinamente en siete de los trece semestres, en los que se cursan los estudios médicos de pregrado en la institución (6).

Es interesante anotar que el programa en referencia, ha tenido impresa toda una dinámica, que ha permitido tener con el correr de los días la mayor claridad de objetivos y por consiguiente de ajuste en su metodología, calendarios y temática.

Durante los tres primeros niveles, ubicados en los semestres primero, tercero y sexto, el alumno debe estudiar y comprender lo atinente a los conceptos del proceso de la salud y los factores que la condicionan; la historia socio-natural de la misma y la respuesta que la organización de los servicios de salud da a la problemática resultante.

En los niveles cuarto y quinto, que se cursan en los semestres octavo y noveno, los alumnos diseñan y ejecutan una investigación, la cual se constituye en un elemento que reafirma e integra los contenidos de los tres primeros niveles (6).

El sexto nivel del programa, se realiza en el undécimo semestre y en él se revisan los planes y programas de salud que el estado colombiano tiene previstos para la atención de la población (6).

En el año del internado y como séptimo nivel, el próximo médico, en un hospital de atención básica, durante un mes, recapitula e integra todo lo que ha sido su plan curricular, no solamente en Medicina de la Comunidad, sino en todos los demás aspectos que dicho plan tiene (6).

LA PRACTICA PROFESIONAL DE LA MEDICINA DE LA COMUNIDAD

En última instancia la calidad del producto de un proceso, se mide por el grado de aceptación de quienes son los destinatarios finales y valga la comparación, así pueda tener similitud con cualquier producto del mercado.

Precisamente, desde cuando egresaron las primeras promociones de médicos bolivarianos al principiar la década de los años ochentas, comenzó a definirse muy rápidamente su perfil, hasta que los representantes de las entidades que fueron absorbiendo este recurso manifestaron que éste tenía una adecuada preparación técnica para el desempeño de su profesión y que se distinguían por un claro compromiso social e institucional. Así de escueto, pero también así de profundo fue el concepto. Ha corrido lógicamente más el tiempo y en el ámbito directivo de la Facultad y de la Universidad, se ha reconocido al Programa de Medicina de la Comunidad como el signador del perfil del médico Bolivariano.

Si bien es cierto que ha sido difícil y muchas veces incomprendido por los dicentes el desarrollo curricular de la concepción, cuya descripción ha ocupado estas páginas, también se ha encontrado la gratificante voz de múltiples egresados que reconocen la utilidad del programa cuando ya se encuentran en la práctica de la profesión. Más aún, es satisfactorio ver que no pocas posiciones de coman-

do en el quéhacer de la asistencia pública y también de la privada, son desempeñadas con un profundo sentido de servicio y de proyección social por egresados de esta escuela médica a la que se hace referencia.

Parece ser entonces, que la idea del Dr. Jorge Restrepo Molina de dar el visto bueno, para la fundación de una escuela nueva de Medicina, ha tenido por lo menos en parte, corporalización con los egresados de Medicina de la U.P.B.

Pero para concluir estas páginas es bueno traer a colación una frase que el exministro de Salud, Dr. Antonio Ordóñez Plaja, citó en una conferencia que dictó en un simposio que se realizó en la Fundación Santafé de Bogotá, y la cual se puede constituir en un serio interrogante para la formación médica y el ejercicio profesional, en las postrimerías de este siglo, que debe ser resuelto prontamente, si realmente se quiere prestar un verdadero servicio a la gran masa de la población -esa comunidad- que tiene muy limitado su acceso a los servicios de salud.

Dice el exministro que se le solicitó a un pensador contemporáneo que le hiciera un epitafio a la medicina de este siglo y dijo: "Si me pidieran un epitafio para la medicina del siglo XX yo diría: Brillante en sus descubrimientos, soberbia en su innovación tecnológica, pero lamentablemente incapaz en su aplicación a los más necesitados". (7)

Pero lo mejor de todo, es que hay conciencia de que aún falta mucho por hacer y que con la convicción de la dinámica que debe tener la Universidad, todos los días se esta buscando hacerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. VELASQUEZ, G., Oscar J. "Aspectos Históricos de la Facultad de Medicina de la U.P.B". Vol. 6 # 2 noviembre 1987. Pag. 11-21.
2. DE LOS RIOS, O., José. "Editorial". Bol. Epid. de Antq. Año V # 3. Julio, Agosto, Septiembre 1980.
3. BERSH, David. "El Fenómeno de la Salud". Bases para el trabajo académico y la labor administrativa. ICFES -ASCOFAME- 116 p.
4. FRANCO, A., Saúl. "De la Malaria como Realidad Social". Bol. Epid. de Antq. Año X # 3. Julio, Agosto, Septiembre 1985. 137-41.
6. DE LOS RIOS, O., José, et al. "El Programa de Medicina de la Comunidad, Objetivos y Contenidos". Fotocopiado. Facultad de Medicina U.P.B. 1991.
7. ORDOÑEZ, P., Antonio. "Ciencia, Tecnología y Salud Comunitaria". Resumen de la Conferencia Inaugural del Seminario Taller de Diagnóstico Comunitario e Investigación Operativa en Salud. Fundación Santafé de Bogotá. Febrero 5, 6, 1990. O.P.S. Ministerio de Salud.