

III. El servicio social como programa académico*

Juan Ramón de la Fuente¹, Joaquín López Bárcena²

¹Dirección, Facultad de Medicina, UNAM

²Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social, UNAM

(Recibido, agosto 30, 1993; aceptado, noviembre 15, 1993)

Resumen

En 1936, y con el fin de brindar atención médica a la población rural mexicana y de favorecer el arraigo de los médicos en las pequeñas poblaciones del país, el Dr. Gustavo Baz, entonces Director de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, creó el proyecto Servicio Médico Social; proyecto que contemplaba la prestación de 5 meses de servicio en las áreas del país más necesitadas de atención médica. Por sus características y propósitos, este programa fue integrado al plan de estudios de la carrera de medicina y pronto se extendió a otras escuelas de medicina y a otras carreras universitarias. En este artículo se revisa su evolución histórica y el beneficio social derivado de la atención médica brindada por los pasantes de medicina. Con fundamento en la experiencia acumulada durante más de cinco décadas, y considerando las necesidades presentes y futuras de la población mexicana en materia de salud, esta Facultad de Medicina elaboró un nuevo programa académico con el fin de consolidar la formación del alumno durante esta etapa, fomentar la salud de la población cubierta y aprovechar al máximo los recursos y la infraestructura existentes en cada institución. Este programa tiene como sustento: la atención primaria como estrategia sustantiva, la modernización del Sistema Nacional de Salud y, de manera fundamental, la participación de la comunidad. Con base en dicho programa, y los de otras escuelas de medicina, la AMFEM editó, en 1992, el Programa Nacional Académico para el Servicio Social en Medicina. Además de la prestación de servicios, los subprogramas que lo constituyen contemplan la vigilancia epidemiológica, la educación para la salud y la investigación sociomédica. Aquí se proponen una serie de estrategias y acciones específicas para fortalecer los contenidos académicos del servicio social. Se concluye que el pasante de medicina es el agente ideal para lograr una mayor corresponsabilidad, individual y colectiva, y alcanzar mejores niveles de salud y bienestar de la población, especialmente en las zonas marginadas.

Palabras clave: Servicio Social - Medicina - Programa académico.

Summary

In 1936, with the aim of delivering medical care to the rural Mexican population and of promoting the establishment of physicians in small towns, Dr. Gustavo Baz, then Dean of the National Medical School of UNAM, created the project Social Medical Service; the project contemplated 5 months of service in areas of the country most needful of medical attention. Because of its characteristics and purpose, this program was integrated to the medical curriculum and was soon extended to other medical schools and to other university studies. This article reviews its historical evolution and the social benefits derived from medical care delivered by student physicians. Based on experience accumulated over more than five decades, and considering present and future health needs of the Mexican population, this Faculty of Medicine elaborated a new academic plan to consolidate training of students at this stage, to promote health in the population involved, and to optimize use of resources in each health institution. This program is based on primary care as the underlying strategy, on the modernization of the National Health System and, fundamentally, on community participation. With this program as a framework, and taking into account those of other medical schools, the Mexican Association of Medical Faculties and Schools (AMFEM) edited in 1992 the National Academic Program for Social Service in Medicine. Besides providing health services, constituent portions contemplate epidemiological surveillance, health education and sociomedical research. A series of strategies and specific actions are herein proposed to strengthen the academic aspects of social service. It is concluded that the medical student is the ideal means to attain greater corresponsability, both individual and collective, in the population, as well as to achieve better levels of health and welfare, specially in marginated zones.

Key words: Social Service - Medicine - Academic program

* Parcialmente presentado en el Encuentro Universitario de Servicio Social, UNAM, agosto de 1993; y, en colaboración con J Narro y G Soberón, en la Josiah Macy Jr. Foundation, Washington, USA, marzo de 1993.

Antecedentes. En el año de 1936, el entonces Director de la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, doctor Gustavo Baz, acordó la creación del Servicio Social para Pasantes mediante un convenio con el Departamento de Salubridad del Gobierno de la República. El proyecto denominado **Servicio Médico Social** consistía en la prestación de 5 meses de servicio en áreas rurales al término de la carrera de medicina y antes de que los estudiantes presentaran el examen profesional que los acreditaría como Médicos Cirujanos.

Era el México del Presidente Lázaro Cárdenas, quien al asumir la Presidencia de la República, en 1934, decidió fortalecer al Estado Mexicano y dar respuesta a algunas de las urgentes demandas sociales. Las condiciones de salud en nuestra población en aquel entonces eran precarias. En 1930 el número de defunciones fue de 442 mil; una tasa aproximada de 26.6 por 1,000 habitantes. Los mexicanos de aquella época morían fundamentalmente de paludismo, neumonías, gastroenteritis, tosferina, viruela y sarampión¹.

En 1935, durante el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural, se recomendó incrementar los servicios médicos que atendían a la población rural campesina y que eran dependientes del Departamento de Salubridad, y se propuso como alternativa a la dispareja distribución de médicos, que estos no iniciaran su ejercicio profesional sin antes haber hecho una práctica sanitario-asistencial en las poblaciones rurales del país, recomendación que fue recogida en la ya mencionada iniciativa del doctor Baz.

Las motivaciones que llevaron al doctor Baz a concebir al servicio social de pasantes fueron originadas por su deseo de coadyuvar a resolver dos problemas ya desde entonces acuciantes: brindar atención médica a la población rural de México y lograr que los médicos se arraigaran en las poblaciones pequeñas del país.

Por razones presupuestales, la duración de este primer servicio médico-social fue de 5 meses y la beca para los estudiantes se fijó en 90 pesos mensuales. Durante dicho período, los ya denominados "pasantes" se establecieron en pequeñas comunidades rurales, en unidades y en centros y puestos de socorro dependientes del Departamento de Salubridad; entre sus programas de trabajo destacaban, además de las actividades asistenciales, la acción sanitaria, el saneamiento rural y la educación para la salud².

Así, el Servicio Social se desarrolló en congruencia con el Plan Integral de Gobierno del Presidente Cárdenas, cuyo propósito fue fortalecer al agro mexicano y a la estructura económica del país. No es pues de extrañar que las áreas rurales fueran las principales beneficiarias del servicio social. Los ejidos se constituían en centros de atención prioritaria de tal suerte que, ya para 1938, funcionaban 104 servicios médicos en zonas ejidales cubiertos por pasantes de medicina. No puede dejar de destacarse que esta iniciativa de solidaridad social, que es un antecedente histórico de este género de programas en México, partió de una institución de educación superior: la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Lo que en un principio fue un requisito para poder presentar el examen profesional, evolucionó y se convirtió en parte integral del plan de estudios de la carrera de medicina y, por lo tanto, sujeto también a un contenido académico. El servicio social se extendió después a otras escuelas de medicina del país y luego a otras carreras universitarias.

Evolución. Para entender mejor el estado que guarda en la actualidad el servicio social, conviene tener presentes algunos de los cambios ocurridos durante su evolución. Por ejemplo, entre 1936 y 1946 realizaron su servicio social 3157 pasantes, todos ellos de la Escuela de Medicina de la UNAM. En 1946 se incorporaron los pasantes de enfermería. En 1952 se emitió un decreto que permitió la realización del servicio social en instituciones descentralizadas tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y otros. Dos años más tarde, en 1954, se fundaron en la UNAM las brigadas multidisciplinarias denominadas "misiones universitarias", mismas que el Instituto Politécnico Nacional organizó cuatro años después para la atención de las zonas fundamentalmente indígenas. Un año antes, en 1957, la UNAM había extendido el período de servicio social a 12 meses y establecido que éste debía cubrirse en forma ininterrumpida. Asimismo, hizo obligatoria la residencia en la localidad de adscripción e inició el primer programa académico dentro del servicio social³.

Para 1960, de los 17,156 pasantes de medicina que habían realizado el servicio social, el 76.7% habían egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Con este ejemplo, y en forma paulatina, las diversas escuelas profesionales del país fueron implantando su propio servicio social³.

En la actualidad, decenas de miles de pasantes han realizado el servicio social en el campo de la salud y, a través de ellos, ha sido posible llevar atención médica a los habitantes del medio rural que, aun en nuestros días, continúan siendo zonas con grandes necesidades de recursos de muy diversa índole.

Hoy se define al servicio social en medicina como "el periodo académico durante el cual, con carácter obligatorio, el pasante presta sus servicios técnicos o profesionales en beneficio de comunidades que se encuentran rezagadas en su desarrollo socioeconómico, percibiendo, a cambio, una beca por parte de la institución a la cual se encuentra adscrito". Por ser el servicio social una etapa de preparación, a la vez que de servicio a la comunidad, éste está sujeto a requisitos docentes y a necesidades asistenciales, las cuales deben definir, de común acuerdo, las instituciones educativas y las de salud⁴.

No hay duda de que el servicio social ha permitido contar con recursos humanos capacitados para coadyuvar a satisfacer necesidades sociales que, de otra forma, hubieran requerido de altas partidas presupuestales. Por ejemplo, en 1986 prestaron su servicio social más de 16,000 pasantes de carrera del área de la salud, atendiendo a una porción importante de la población rural y urbana marginada del país. El costo de la beca otorgada a estos pasantes representó sólo una quinta parte de los que se hubiera tenido que erogar para cubrir los emolumentos del personal profesional, en las categorías salariales más bajas, necesarios para cubrir esa función.

Ahora bien, el carácter académico y asistencial del servicio social se ha mantenido, para fines prácticos, separado. De tal suerte, que corresponde a las instituciones de educación superior la planeación, coordinación y evaluación del trabajo, a partir de lo cual se elaboran los programas académicos; en tanto que la distribución de los pasantes en el país y en las diversas instituciones corresponde a la Secretaría de Salud, la que a su vez, como institución rectora, regula la parte normativa del servicio social en el campo de la salud.

Sustento académico. Desde 1967 el servicio social en la Facultad de Medicina de la UNAM se incluyó formalmente en el plan de estudios; sin embargo, aun cuando se reconoció con ello su carácter académico, no le fueron otorgados créditos curriculares como al resto de las asignaturas.

Durante el servicio social el pasante se incorpora a unidades médicas del Sistema de Salud localizadas en el área rural del país en un 95% de los casos y en zonas marginadas urbanas el restante 5%; y, prioritariamente, en las áreas de menor desarrollo económico y social. La ubicación del pasante y su dispersión concomitante determinan que el proceso educativo adquiera características particulares. No es posible, en estas condiciones, pensar en un proceso de enseñanza-aprendizaje convencional, bajo la dirección y asesoría de un profesor en forma continua. Es así como la autoenseñanza se convierte en la piedra angular del proceso; y es por ello que es correspondiente de las instituciones educativas y de las de salud desarrollar y aplicar estrategias formativas que verdaderamente faciliten el aprendizaje del alumno durante ese año, mediante una supervisión adecuada y una evaluación efectiva.

Hay que reconocer que el desarrollo de los programas académicos que regulan el proceso educativo durante el servicio social ha sido, en el mejor de los casos, heterogéneo. En la Facultad de Medicina de la UNAM el programa académico del servicio social se ha modificado en diversas ocasiones en respuesta a las políticas de salud y educativas vigentes. Se parte de la tesis de que la formación de recursos humanos en el área de la salud debe ser producto de una planeación educativa que considere la estructura económica y política del país, las características de las instituciones educativas y de la salud y, sobre todo, las necesidades de la población en materia de salud. En consecuencia, esta Facultad elaboró en 1991 un nuevo Programa Académico para Pasantes en Servicio Social con el objeto de reorganizar y evaluar el esfuerzo de la propia Facultad y de las instituciones de salud, así como para consolidar la formación del alumno durante esta etapa, fomentar la salud de la población cubierta y aprovechar al máximo los recursos y la infraestructura existentes en cada institución⁴.

Son sustento de este nuevo programa: la atención primaria como estrategia sustantiva, la modernización del Sistema Nacional de Salud y, de manera fundamental, la participación de la comunidad.

Con base en dicho Programa, y los de otras escuelas de medicina, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina editó, en 1992, un Programa Nacional Académico para el Servicio Social en Medicina⁵. Dicho programa está dividido en subprogramas que incluyen, además de la prestación de servicios: la vigilancia epidemiológica, la educación

para la salud y la investigación sociomédica. Se tienen objetivos específicos y una metodología educativa mejor definida; el programa, además, está sujeto a una supervisión periódica y a una evaluación continua⁵.

Sobre estos últimos puntos conviene señalar que la dispersión geográfica en la que se ubican los pasantes ha dificultado la supervisión y, por consiguiente, la evaluación de sus tareas. Es por ello que a partir de 1991 se inició en la Facultad de Medicina de la UNAM, en colaboración con la Secretaría de Salud, un Programa de Regionalización, para poder desarrollar mecanismos de supervisión y evaluación más efectivos y permanentes.

Actualmente, nuestros pasantes se concentran en once Estados del País; algunos de ellos cercanos al Distrito Federal como son Tlaxcala e Hidalgo; otros a distancia media como San Luis Potosí y Zacatecas, pero se mantiene el compromiso con zonas más alejadas de la Capital como son Oaxaca y Chiapas, cuyas condiciones económicas y sociales los hacen requerir de un mayor apoyo. En todo caso, esta regionalización ha permitido un seguimiento más adecuado y una mejor evaluación del programa académico.

Beneficio Social. La interacción con las instituciones de salud en lo referente al servicio social ha adquirido en los últimos años una mayor estabilidad. A partir de la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, y en particular de su Comité de Pregrado y Servicio Social, se han revisado y actualizado las bases para la instrumentación del servicio social en todas las profesiones de salud. Esto ha permitido elaborar nuevos y mejores convenios de colaboración entre las escuelas de medicina y las instituciones de salud a nivel estatal. En el caso de esta Facultad de Medicina, el programa de regionalización y la suscripción de convenios específicos ha permitido que las visitas de asesoría y seguimiento de los programas académicos y operativos se realicen en forma conjunta con las instituciones de salud y han alcanzado ya una cobertura total⁶.

El impacto en la salud de nuestra población de los pasantes de medicina es impresionante. La mayoría de ellos cumplen su servicio en unidades médico-asistenciales localizadas en poblaciones de menos de 2,500 habitantes. En virtud de estas características, de la cobertura que se alcanza, de los programas que se llevan a efecto y de las condiciones sociales, económicas y culturales de la población

teóricamente cubierta, puede estimarse, conservadoramente, que el número de habitantes bajo el cuidado de cada pasante de medicina oscila entre 1,500 y 2,500. Lo cual significa que entre 9 y 15 millones de habitantes, esto es, entre el 10 y el 18% de la población, recibe atención médica primaria a través de la práctica del servicio social.

No obstante, hay que insistir en que el problema de extender la cobertura de los servicios de salud de modo que todos los mexicanos tengan acceso a ellos, no puede resolverse solo con pasantes de la carrera de medicina; y conviene recordar que el acceso a los servicios de salud es una garantía social plasmada en la Constitución de la República.

Además, la disminución en la matrícula de las escuelas de medicina, -que no debe volver a crecer a pesar de que hay datos que indican ya un nuevo repunte en la demanda, porque esto nos llevaría a una nueva sobresaturación del mercado-, debe considerarse en forma cuidadosa en la planeación futura del Sistema Nacional de Salud. En 1982 había 13,736 pasantes de medicina. Diez años después, en 1992, la cifra fue de 6,193; es decir, un decremento de poco más del 50%. Por otra parte, para las poblaciones más pequeñas, -y recordemos que en México la población rural sigue estando sumamente dispersa-, se hace indispensable recurrir al personal auxiliar de salud, extraído de las propias comunidades y convenientemente adiestrado.

En los últimos años ha sido posible dotar al 70% de las comunidades de menos de 2,500 habitantes con personal técnico entrenado en unas cuantas intervenciones: rehidratación oral, orientación nutricional, inmunizaciones, suministro de algunos medicamentos elementales y planificación familiar. En relación a este personal, los pasantes también tienen funciones de supervisión que cumplir, así como atender a los pacientes que les sean referidos por ellos.

Los programas de extensión de cobertura implantados también en los últimos años, como el de IMSS-Solidaridad, el de Atención a la Salud en las Zonas Marginadas a cargo de la Secretaría de Salud, el inherente al proceso de descentralización de la propia Secretaría y los 14 Estados ya descentralizados, y el Programa México-BID, han ampliado substancialmente el número de Centros de Salud, pero una proporción estimable de ellos están desprovistos de personal calificado. Resulta imposible llenarlos con pasantes pues no los hay en el número requerido; así que será necesario contratar médicos, lo cual reclama

erogaciones mayores, pero solo así podrá tener expresión operativa el tan anhelado repunte de la medicina general y familiar, y, en todo caso, también se precisa incrementar la remuneración de los pasantes.

Perspectivas. A pesar de la gran experiencia acumulada a lo largo de varias décadas, y de los esfuerzos realizados para fortalecer los contenidos académicos del servicio social, es evidente que aun se requiere avanzar en por lo menos cinco rubros:

1. Una mejor coordinación entre las instituciones asistenciales y las educativas.
2. Una mejor preparación de los pasantes para que puedan cumplir con todos los objetivos del programa.
3. El diseño y puesta en práctica de mecanismos que favorezcan la continuidad en la prestación del servicio.
4. Una mayor calidad en los servicios.
5. Una mejor regionalización de las comunidades, para que las instituciones educativas puedan asumir sus responsabilidades académicas con mayor eficiencia.

Asimismo, se requieren esfuerzos y recursos adicionales para mejorar:

1. La supervisión y evaluación del trabajo del pasante.
2. Las condiciones de infraestructura y equipamiento de las unidades.
3. El monto de las becas.
4. El uso de tecnología educativa moderna.

En el esquema del Desarrollo Regional como estrategia fundamental, no solo para alcanzar mejores niveles de salud y bienestar sino de prosperidad, el Servicio Social de los estudiantes universitarios adquieren un valor agregado al que siempre ha tenido. Es necesario revitalizarlo en sus aspectos conceptuales y operativos.

El pasante puede ser el agente ideal para inducir una mayor participación de la población en esta nueva estrategia y para propagar la cultura de la corresponsabilidad, individual y colectiva, como elemento imprescindible en la construcción de un país más justo, con un futuro más propio y con una distribución de sus recursos más equitativa.

Agradecimiento. Los autores desean expresar su agradecimiento a la Dra. Rosa A. Morales Betanzo, Jefe del Departamento de Servicio Social de la Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social de esta Facultad, por su colaboración en el desarrollo de este trabajo.

Referencias

1. Sánchez R. Orígenes del Servicio Médico Social. En: Cuadernos Sociomédicos 4. Centro de Apoyo al Aprendizaje para el Servicio Social. Secretaría de Servicio Social, Facultad de Medicina, UNAM. México, 1985.
2. Alvarez Manilla JM, Gutiérrez R. El servicio social en la formación médica y profesional: El caso de México. Manuscrito no publicado.
3. 50 Años de Servicio Social Médico. UNAM/SPP/SEP/SSA, México, 1986.
4. Manual de Introducción al Servicio Social. Facultad de Medicina, UNAM, México, 1992.
5. Programa Nacional Académico de Servicio Social en Medicina. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1992
6. Reglamento del Servicio Social. Gaceta de la Facultad de Medicina, UNAM, Mayo 25, No. 301, 1993.