VNIVERSIDAD NACIONAL
AVTÓNOMA DE
MEXICO

PERFILES
EDUCATIVOS
ISSN 0185-2698

Álvarez-Manilla, José Manuel (1992)
"LA INNOVACIÓN EN LOS PROYECTOS COMUNITARIOS"
en Perfiles Educativos, No. 55-56 pp. 40-44.

CESU Centro de Estudios sobre la Universidad

IRESIE
Banco de Datos sobre Educación

PERFILES EDUCATIVOS
Enero • Junio 1992
Núm. 55-56, pp. 40-44

LA INNOVACIÓN EN LOS PROYECTOS COMUNITARIOS

José Manuel ÁLVAREZ-MANILLA*

Se presenta una reflexión crítica sobre las experiencias habidas en proyectos comunitarios en la medicina, y sobre la innovación en la orientación de la atención de la salud en México: ¿es pertinente insistir en los proyectos comunitarios?, ¿qué papel juegan en la educación de los médicos?, ¿cuál debe ser el sentido de las innovación en este terreno? El autor considera que es posible realizar una atención de excelencia a la salud, por ello analiza las diferentes posiciones que hay al respecto y presenta algunos puntos propositivos.

INTRODUCCIÓN

Considero prudente introducir el tema con una prevención, que es la de asentar que la innovación es un valor relativo, puesto que no pocas veces, siguiendo la concepción faústica del progreso, la innovación ha sido considerada como un destino inexorable de la humanidad, ante el cual todo se debe sacrificar y todo lo que se oponga a él debe ser destruido. Por lo contrario, considero que hay que asignar a la innovación un valor relativo, ya que ella no es importante en tanto sea un fin en sí misma, sino en la medida que sea un medio para lograr fines socialmente valiosos. En este sentido, el grado en que los fines obedecen a una moralidad justifica la innovación. No es la innovación por el placer de cambiar, sino el cambio para lograr ciertos propósitos.

Los proyectos comunitarios

La aparición de los proyectos comunitarios está estrechamente asociada con la emergencia de la medicina preventiva en la enseñanza médica. Como antecedentes, están el Primer Congreso Panamericano de Educación Médica, celebrado en Lima, Perú, en 1950, y las reuniones del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, de 1950 y 1952, así como los seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva, realizados en Colorado Springs, EUA, y en Viña del Mar, Chile, en 1955, y en Tehuacan, México, en 1956. En estos seminarios se formularon las siguientes conclusiones:

> La educación médica tiene por objeto en todos los países crear las condiciones para que el estudiante adquiera los conocimientos, habilidades, actitud y conciencia ética que lo capaciten como médico para promover, preservar y restaurar la salud.

* Director del CISE.

Se recomendó que teniendo en cuenta que el mejoramiento de la enseñanza de la medicina preventiva está condicionado por el progreso de la enseñanza de las ciencias básicas y clínicas, será necesario establecer una cátedra en las escuelas donde no la haya y, de preferencia, un departamento cuyas funciones serán fundamentalmente de docencia, investigación y servicio, y deben fundarse en el análisis de los problemas de salud locales.

Asimismo, se recomendó la participación de los alumnos en los Servicios de Salud Pública de la comunidad a través de:

- Tutorías familiares;
- Participación activa en las labores de los centros de salud;
- Práctica de inmunizaciones, pruebas de inmunidad, etc.;
- Visitas sistemáticas y organizadas a poblaciones, servicios públicos, fábricas, organizaciones y actividades agrícolas, etc.;
- Utilización de áreas de la comunidad para que sirvan como núcleo de estudio de problemas específicos, y donde los estudiantes participen en forma activa en su solución, y bajo supervisión adecuada.

En los años posteriores a los seminarios, un buen número de escuelas médicas en los países de América Latina establecieron los departamentos de medicina preventiva e incluyeron las asignaturas correspondientes en el currículum. A riesgo de ser injusto, señalaré sólo algunos proyectos comunitarios que se establecieron, como los de Candelaria, en Colombia, de Riberao Preto, en Brasil, y de Concepción, en Chile, los cuales, asociados a nombres como Santiago Rengifo, Pedreiro de Freitas y Hernán San Martín, fueron adoptados por otras escuelas de medicina como modelos a seguir. Sin embargo, con el tiempo, y a pesar de esta aparente aceptación, se presentaron escollos, tanto en la ejecución de estas actividades como en la incorporación de la práctica preventiva en la conducta profesional del médico. La limitación del tiempo disponible obliga a una mención suscinta de las circunstancias y problemas por los que esta innovación ha pasado durante las últimas tres décadas.

En primer término, debe asentarse que implícitamente se asumió que la ausencia de la práctica preventiva era debida a la carencia de información de los estudiantes respecto a las posibilidades preventivas y a los aspectos sociales de la medicina; por lo tanto, el problema se abordó a través de la inclusión de las asignaturas correspondientes en el currículum de las escuelas de medicina. La experiencia a través del tiempo nos ha enseñado que el cambio necesario era más profundo y radical, puesto que se requería afectar a un modelo profesional hegemónico y arraigado, así como a los intereses creados y su alrededor, a las expectativas sociales y a la tradición que ello implica. El resultado ha sido que el modelo hegemónico de práctica profesional ha permanecido incólume, si no es que fortalecido. La tendencia ha sido que los alumnos consideren las asignaturas preventivas y sociales como “relleno" o "precios que hay que pagar" para llegar a ser médico. En algunas escuelas se ha producido un sistema entre los “clínicos” y los "sanitaristas" o "sociólogos" -como también se les llama-, donde los primeros argumentan que el papel deL médico es curar y no perder el tiempo, afirmación que con frecuencia encuentra eco en los alumnos.

Hasta donde conozco, no existe una valoración sistematizada deL estado actual de los proyectos comunitarios. Mis impresiones sobre éstos se han obtenido, ya sea a través de la visita directa a dichos proyectos, o bien de evidencia indirecta. Sin embargo, posiblemente la siguiente sea una experiencia común para muchos de los presentes:

- Las tutorías familiares se prestaron a la simulación por parte de los estudiantes, y en mi país, en algunas escuelas tuvieron que eliminarse cuando los estudiantes se declararon en huelga

para lograrlo. Por supuesto que no hay que culpar totalmente a los estudiantes, a los cuales se les pedía realizar visitas periódicas rutinarias a las familias que carecían de un sentido profesional claro y que muchas veces resultaban perturbadoras aun para las propias familias.

- La participación activa en las labores del centro de salud por lo general no se llevó a cabo, y estas actividades fueron suplantadas por "clases" en un aula alterna, la del centro de salud, que suplía a las de la escuela de medicina o a las del hospital. El centro de salud tuvo que competir, con desventaja, con el hospital, dado el atractivo que ejerce éste último sobre los estudiantes, principalmente por el hecho de que el papel que desempeña el estudiante dentro del hospital aparece como más consolidado y legitimado que su participación en el centro de salud; asimismo, los patrones de prestigio establecidos favorecen a los clínicos del hospital, con detrimento de los médicos del centro de salud, a los cuales suele percibirse como médicos de segunda, o como los que no pudieron llegar al hospital, con lo que se cuestiona su legitimidad como docentes.
- La práctica de inmunizaciones y las pruebas de inmunidad, así como las visitas sistemáticas y organizadas a poblaciones, servicios públicos, fábricas, organizaciones y actividades agrícolas, han sido consideradas por los estudiantes de medicina como funciones que competen al personal auxiliar, como son las enfermeras y trabajadoras sociales, y las asumen como una distracción de las actividades fundamentales y, por lo tanto, como una pérdida de tiempo.
- La utilización de áreas de la comunidad ha adolecido de problemas semejantes a los enunciados respecto a las tutorías familiares, fundamentalmente por la carencia de sentido, o por definición poco clara de lo que se persigue. En ocasiones, los proyectos comunitarios se emprenden sin tener un sentido claro de sus propósitos, con el objeto de obtener financiamientos de fuentes externas, como son fundaciones o agencias internacionales.
- Cabe acotar también la proclividad de los encargados de los proyectos comunitarios a trabajar con poblaciones marginales y carentes de los satisfactores básicos, lo cual, además de dejar la falsa impresión de que la medicina preventiva y social es atención para pobres, en algunas escuelas ha llevado a no pocos estudiantes a suponer, tal vez cínicamente, que ese tipo de práctica va en sentido opuesto a sus aspiraciones profesionales. En otras escuelas, esta experiencia propició la radicalización de los estudiantes y de las poblaciones objeto de los proyectos, lo cual hizo que este tipo de actividades didácticas fueran consideradas por los grupos conservadores como sospechosas e incluso ilegítimas, y en algunos casos se propusieron erradicarlas. En otros casos conocidos, la falta de sentido y de especificación metodológica ocasiona la frustración de los estudiantes, quienes perciben en los proyectos comunitarios -muchas veces con razón- tareas fuera de su alcance o superiores a sus fuerzas.
- Se ha señalado que la educación del médico comienza con el cadáver (como objeto inerte), para pasar por el animal de laboratorio, como un tránsito hacia el paciente pobre, pero teniendo como mira final al paciente rico. En esta gradación han quedado incluidas las comunidades pobres o marginales. Se debe apuntar que en algunas ocasiones estas comunidades fueron tomadas como objetos inertes para la observación, en las cuales su estatus marginal justificaba hacer todo tipo de indagaciones e intervenciones, en algunos casos con el señuelo de prestar algún servicio; en otros, aún sin esta oferta.

Ante la perspectiva que ofrece este panorama, son válidas las preguntas: ¿es pertinente insistir en los proyectos comunitarios?, y también, si se mantienen, ¿qué papel deben jugar en la educación de los médicos? y, en última instancia, ¿cuál debe ser el sentido de la innovación en este terreno?

Primero se debe dejar asentado que no todos los proyectos han sido fracasos y problemas, no obstante que algunos proyectos comunitarios hayan adolecido de los problemas que hemos

enunciado brevemente y de algunos otros no enunciados aquí. Otros proyectos han tenido éxito al poner en acción modelos de atención a la salud y de educación innovadores, al formar las actitudes y las capacidades propuestas. De otros, es posible recuperar la experiencia para reorientar la acción. Admitiendo que no existen respuestas conclusivas a las preguntas formuladas, es necesario definir el marco y las grandes avenidas para innovar en los proyectos comunitarios, con la intención de desarrollar las mejores condiciones para la educación médica. El marco de la innovación debe quedar delimitado por el tipo de práctica profesional que es necesario promover dadas las condiciones actuales de salud de las poblaciones de cada país. De manera esquemática podemos revisar las características generales de dichas condiciones.

Por principio, daré por sentada la siguiente afirmación categórica: dado el avance actual de la ciencia y de los marcos jurídicos, es posible realizar una atención de excelencia a la salud. Si se admite esta posibilidad... ¿en qué consiste la excelencia? Existen dos posiciones antagónicas para interpretarla: 1) atribuir la excelencia a los medios, y 2) atribuir la excelencia a los resultados.

En la actualidad domina la posición que atribuye la excelencia a los medios -el hospital, la alta tecnología *(scanners,* resonancia nuclear), las especialidades y ultraespecialidades-, lo cual, en conjunto con la orientación profesional al dominante y con las expectativas corrientes de la población, forma un candado cerrado ala innovación. Pero esto tiene su reflejo en los resultados de la atención a la salud, especialmente en los costos de ésta -los cuales tienden al aumento constante-, y en la calidad de la vida, que tiende al deterioro, en particular en las poblaciones cuya estructura demográfica se mueve hacia el envejecimiento y en aquellas que incluyen grupos vulnerables. Entre las consecuencias de esta circunstancia está la inequidad, ya que indefectiblemente una parte de la población quedará al margen de la atención médica de alto costo -aquellos de bajo ingreso o en una economía de subsistencia, los ancianos, la población rural, los grupos étnicos minoritarios-, en tanto que una parte mayoritaria del gasto para salud se asignará para la atención médica de aquella población que tiene un margen estrecho de sobre vivencia y cuya calidad de vida es baja, en caso de sobrevivir. En última instancia, el gasto relacionado con esta forma de concebir la excelencia no altera significativamente los resultados, en términos de salud, pero tiende a inhibir el gasto en prevención y ocasionar inequidad en el otorgamiento de los servicios de salud.

Definir la excelencia de la atención a la salud con base en sus resultados es un cambio de perspectiva innovador por antonomasia. En primer lugar, se manifestaría en la evaluación del gasto en salud, en términos del mejoramiento real de ésta, incluyendo especialmente la ganancia en la calidad de la vida de la población en los grupos de edad mayor y de los vulnerables. A diferencia de la definición de la excelencia con referencia a los medios, que es consubstancial, esto establece el daño a la salud como eje definitorio del gasto en servicios de salud. La orientación hacia la excelencia, a través de los resultados, también, por necesidad, exige un enfoque anticipatorio del daño. Esto permite asumir que un modelo de atención a la salud anticipatorio y preventivo del daño debe, a la larga, repercutir en una disminución de los costos y en el mejoramiento de la calidad de vida, además del mejoramiento de los índices salud.

La innovación en la orientación de la atención de la salud tendría que ser el punto de partida de una serie de cambios: en la estructura del gasto en salud, en la estructura de los servicios de salud, en el tipo de práctica profesional, en las expectativas de la población, en relación con la atención a la salud, y en la enseñanza médica. Esto es factible -sin asumir que sea fácil inducir estos cambios, pero si indispensable-, puesto que la base de conocimiento y la base tecnológica existen, están disponibles, es decir, están dados los requisitos para abordar la atención de salud mediante el modelo anticipatorio.

El modelo de servicios individual, sea del médico o del sistema de atención médica, es proclive a realizar una atención basada en daños: se debe esperar a que el daño ocurra para que el

modelo pueda operar. Pero ante el daño consumado, su prevención es lógicamente imposible. Se puede aducir que es posible prevenir que el daño cause la incapacidad, la enfermedad secundaria o secuelas, e inclusive la muerte, pero el daño a la salud, una vez producido, ya no es prevenible; todo ello con el agravante de que frecuentemente el daño no es evidente hasta que llega a un estado avanzado o terminal. Por ello, la prevención real solamente es posible mediante el uso de un modelo anticipatorio del daño. Este modelo, para operar, debe basarse en los riesgos; es decir, anticiparse al daño actuando en la fase en que es únicamente un riesgo. El modelo de servicio individual es una limitación para diagnosticar el riesgo, aun el riesgo individual, y por lo tanto para aplicar un modelo anticipatorio, ya que para anticipar es necesario un abordaje poblacional.

Realizar estimaciones de los riesgos de las poblaciones ha sido una de las etapas clásica de la epidemiología; en ésta se llegó a dominar la técnica para estimar el riesgo que hay de que un número de eventos ocurra en una población dada, pero no así de quién, entre los susceptibles, será el sujeto del evento. El abordaje anticipatorio de la atención de salud por medio de riesgos hace indispensable la estimación a nivel personal y nominal; no basta con establecer los riesgos poblacionales o globales, deben establecerse para cada sujeto; debe aplicarse un enfoque que denomino micro epidemiológico. Este enfoque tiene como requisito necesario trabajar con poblaciones delimitadas y con los sujetos dentro de esas poblaciones, para conocer y manejar sus riesgos.

Esto es lo que puede darle sentido y pertinencia a los proyectos comunitarios. La lógica del proceso es la siguiente. La innovación, partiendo de ese planteamiento, estaría orientada a desarrollar en la práctica instancias concretas de aplicación del modelo anticipatorio de atención de la salud. La presencia del estudiante en los proyectos comunitarios adquiriría sentido y pertinencia en tanto las actividades se orientaran al aprendizaje de los roles profesionales ligados al modelo anticipatorio. Sólo en esta perspectiva los proyectos comunitarios toman su dimensión apropiada, ya que facilitan la atención a la salud sobre bases poblacionales.

Esta afirmación no supone, implícita o explícitamente, que el modelo anticipatorio será coincidente con las expectativas de los estudiantes y las orientaciones de la práctica profesional. Sin embargo, un largo proceso, que culmina en la Declaración de Edimburgo, trata de promover los valores que apoyan la innovación en este sentido. También debe tenerse en claro que un proyecto comunitario orientado por el modelo anticipatorio no debería caer en lo que se ha denunciado respecto al modelo expectativo, o sea, en la atención parcializada. La atención deberá hacerse en forma integral y no en una fase terminal de la enfermedad. Dicho en otras palabras, por efectivo que resulte el modelo anticipatorio, será inevitable que algún porcentaje de sujetos llegue a resentir el daño, y éstos deberán ser atendidos médicamente. El modelo anticipatorio para la atención a la salud no es un sucedáneo de la atención médica necesaria ni mucho menos una limitante para el tipo de atención que requieren los sujetos. Por otro lado, es pertinente señalar que, aunque exista la tendencia a encontrar una justificativa moral para apuntar los proyectos comunitarios a la atención de poblaciones pobres o marginales, debe privar la conciencia de que el modelo anticipatorio puede beneficiar a todos los tipos de población, sin importar la capa económico-social o el espacio geográfico donde viva.

Volviendo a la aseveración inicial, la innovación no tiene en sí misma un valor absoluto, sino relativo. Esta relatividad está condicionada por los propósitos que inducen a la innovación. Si damos por sentado que lo que se quiere es generar un modelo operante de atención a la salud enfocado a los resultados -tanto en los indicadores de salud como en los de costo y calidad de vida-, resulta ineludible plantear un abordaje anticipatorio a través de riesgos, que sirva, cuando menos, para evaluar la efectividad del modelo, para investigar las técnicas para hacerlo funcionar, o para educar a los estudiantes en su práctica real. Para ello, el proyecto comunitario debe sustentarse en algunos requerimientos de base, e inclusive innovarlos, los cuales revisamos someramente a continuación.

Primero: Se debe tener una idea clara del sentido del proyecto. No es válido enviar a los estudiantes a la comunidad si su cometido *profesional* no está claramente especificado. La experiencia ha enseñado que cuando las actividades que debe realizar un estudiante en la comunidad no se aproximan a un rol profesional, dichas actividades no tienen un poder motivante; por lo contrario, pueden desarrollar actitudes opuestas a las que se intenta promover. También hemos aprendido que para que el proyecto comunitario cumpla su papel educativo es indispensable que el personal docente desempeñe un papel paradigmático, actuando como modelos vivientes de los roles profesionales que se pretende que aprendan los estudiantes.

Segundo: Es pertinente definir con precisión el área de influencia geográfica del proyecto, acordando con las autoridades de salud las competencias que asumen las partes.

Tercero: No es moralmente válido focalizar los proyectos en comunidades marginales o depauperadas sólo por el hecho de serlo. Toda la población asentada en el área de servicio debe participar con un mismo criterio de inclusión, y, básicamente, debe contarse con la aceptación voluntaria de la población, si no es que con su iniciativa de participar en la propuesta de atención a la salud que dé base al proyecto comunitario.

Cuarto: El pivote del proyecto debe ser un sistema local de información que, además de formar a los estudiantes en la ética de los registros fidedignos, siente las bases para un abordaje y una programación de la atención de salud a través del diagnóstico de los riesgos calculados sobre datos confiables.

Quinto: Estructurar el sistema de atención mediante un programa local de salud cuyas prioridades sean derivadas del sistema local de información sobre la salud, y cuyos resultados puedan ser medidos con base en él.

Dentro del conjunto de circunstancias sociales, económicas y políticas que se avizoran, la atención a la salud y la atención al enfermo constituyen un renglón estratégico en la seguridad y estabilidad de la sociedad. Una parte importante de la meta -hacer realidad la atención a la salud y no sólo la atención al enfermo-, recae en la educación médica. El instrumento privilegiado para este propósito son los proyectos comunitarios, siempre y cuando éstos tengan claridad en sus propósitos y logren sortear los obstáculos que habrán de surgir de la defensa del modelo que deberá cambiar, de la defensa de intereses creados, de las expectativas de la sociedad. Hacia todos estos aspectos se dirige la labor educativa de la escuela de medicina, en su más amplio y puro sentido, para que se realice un avance en el cuidado de la salud de la población.