

**APRENDIZAJES COLABORATIVOS EN SALUD COMUNITARIA: UNA EXPERIENCIA DE CONSTRUCCIÓN ENTRE PARES PARA BRINDAR ELEMENTOS QUE PERMITAN LA TRANSFORMACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN UNA COMUNIDAD RURAL DEL ESTADO DE CHIAPAS, MÉXICO.**

Del Hoyo Alvarado Mariana<sup>1</sup>

Mendoza Camarillo Jimena

Viveros Wachter Paula

Resumen

En México el 22 % de la población total se distribuye en zonas rurales que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza. El último informe de Oxfam afirma que un 54.4% de la población mexicana, es decir, más de 50 millones de personas viven en condiciones de pobreza en el contexto rural. <sup>2</sup>

En este contexto de necesidades en salud insatisfechas (lo cual dificulta el acceso a procesos de vida dignos) el gobierno se ha valido desde hace 80 años, de la herramienta del Servicio social médico para dar cobertura en salud a las zonas más alejadas y marginadas del territorio. De esta manera, las que conformamos el equipo “*Aprendizajes colaborativos en salud comunitaria*” nos articulamos para la construcción de un proyecto que trata de comprender como se viven los procesos de salud enfermedad en algunas poblaciones rurales del país. Retomando elementos teóricos de la salud comunitaria y realizando estancias cortas en comunidad, pretendemos que los estudiantes se acerquen a experiencias de salud en un entorno rural a través de un acercamiento asesorado al primer nivel de atención desde los primeros años de la carrera.

---

<sup>1</sup> Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. marianadeho@gmail.com

<sup>2</sup> Esquivel, E. La distribución de la pobreza en México. OXFAM. 2016.

## Introducción

El Servicio Social en México cumple 80 años desde su fundación, y continúa siendo un componente clave para la garantía de servicios médicos de algunas poblaciones marginadas del país, las cuales requieren atención médica de padecimientos específicos, y la presencia de un profesional de la salud podría facilitar el camino hacia procesos de vida dignos.

Sin duda, a lo largo de estos años se han generado cambios sociales, políticos y económicos que han permeado las prácticas de servicio social por sí diversas. Estos cambios no se han traducido hasta ahora, en mejoras a las condiciones que enfrentan los pasantes y actualmente el servicio social en medicina vive un periodo crítico.

Como médicas recién egresadas y preocupadas por las condiciones actuales del servicio social, percibimos durante nuestro año de pasantía (en una comunidad rural del estado de Chiapas) que durante este periodo se es un profesional ajeno a la comunidad, que se inserta completamente descontextualizado a la realidad rural, por lo que generalmente su práctica es fragmentada e incluso puede llegar a ser conflictiva con y para las poblaciones. En general, no cuenta con un seguimiento adecuado ni por parte de las universidades ni por las instituciones de salud, por lo que esta práctica no tiene el potencial formativo que pudiera y su impacto en la salud de las comunidades es en general muy pobre.

La experiencia de *Aprendizaje colaborativo en Salud* surge inicialmente de la solidaridad y el acompañamiento que se realizó de ex pasante a pasante del Centro de Salud Rural Ranchería El Manguito durante el periodo de servicio social 2015- 2016, progresivamente se ha sistematizado y conformado como un proyecto de seguimiento y trabajo entre pares, en colaboración con la comunidad con el fin de optimizar el aprendizaje y desempeño del médico y de dar continuidad a ejes de trabajo prioritarios identificados mediante el estudio de comunidad y diagnóstico en salud. Consideramos que este tipo de propuestas podrían mejorar el desempeño de los médicos pasantes, generando aprendizajes significativos y oportunidades de continuidad en el trabajo en comunidad.

## **Objetivos**

Esta estrategia tiene como objetivo principal retomar el periodo de servicio social como un periodo formativo que debiera ser acompañado y supervisado; además de dar continuidad progresiva a las acciones preventivas, asistenciales y educativas que pudiera desempeñar la pasante, así como a la situación de salud de pacientes específicos y a los procesos comunitarios de salud.

### **Objetivo general**

- Facilitar el aprendizaje significativo durante el periodo de servicio social en medicina
- Mejorar el impacto de los pasantes en la salud de la comunidad mediante su trabajo articulado con la población, dando seguimiento a estrategias exitosas de abordaje para los principales problemas de salud.

### **Objetivos específicos**

- Promover el servicio social en sedes rurales como un periodo de aprendizaje inigualable para la formación del médico general.
- Hacer “entrega” formal del centro de salud de una generación de pasantes a otra.
- Generar estrategias de comunicación que permitan al pasante en turno consultar bibliografía actualizada y articular estrategias de atención médica, de planeación y ejecución en programas de salud, así como discutir casos clínicos específicos.
- Dar seguimiento a programas oficiales y de manera electiva a estrategias de abordaje empleadas en los años previos (p. ej.: Estrategias GAM y GAP) basados en el diagnóstico en salud y la participación comunitaria.

### **Justificación:**

El actual plan de estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que se encuentra en operación, plantea como ejes articuladores la integración biomédica-socio medica-clínica, la vinculación medica-informática y tecnológica, así como la articulación ética-humanística y profesional. La propuesta para la

implementación de este nuevo plan de estudios surge de la demanda social de un médico que se comunique de manera abierta y flexible con el paciente; que colabore con sus pares y otros miembros del equipo de salud y que en el diagnóstico y en la toma de decisiones utilice las nuevas tecnologías y la mejor evidencia médica.<sup>3</sup>

También es necesario que fortalezca el profesionalismo, el humanismo y la ética como factores centrales para una buena práctica médica.

En este sentido, el nuevo plan de estudios se constituye con una estructura mixta ya que a la vez que mantiene sus asignaturas para cada materia básica, también se integra por ocho competencias consideradas las necesarias para la formación de un profesional en salud que responda a las necesidades y el contexto nacional actual. A lo largo del desarrollo del plan de estudios se plantean estrategias para el desarrollo de las competencias de los estudiantes en las áreas básicas y en las áreas clínicas, integrando las rotaciones en las sedes clínicas con el contenido académico y la sistematización de los conocimientos. Sin embargo, en el área socio médica, para el ejercicio de las competencias de promoción de la salud las rotaciones clínicas continúan orientadas para la formación de especialistas, sin fortalecer habilidades importantes para el médico general; además en las asignaturas de Salud Pública y Comunidad, así como de la Promoción de la Salud en el Ciclo de vida, las rotaciones de los estudiantes están centradas en contextos urbanos, con actividades de promoción enfocada a este tipo de población. Consideramos que existe un vacío en primer lugar para la formación de recursos humanos en salud que respondan a los problemas de los entornos de las comunidades rurales.

De acuerdo con el plan sectorial en salud 2013-2018, en acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, uno de los objetivos de este mismo está centrado en la formación de recursos en salud, que respondan a las necesidades y contexto de la sociedad mexicana. “El perfil de la plantilla de profesionales en las unidades médicas no están alineados con las necesidades de salud de la población. Una excesiva especialización del personal médico en áreas inadecuadas respecto del perfil epidemiológico y una carencia de profesionales con habilidades idóneas para atender la problemática particular a la que se enfrentan las unidades.... ()”. A esto se debe añadir un sistema centrado en la persona, el perfil de cada

---

<sup>3</sup> Plan Estudios Facultad de Medicina 2010.

paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al conocimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de contar con las habilidades interpersonales y de comunicación, aspectos que no siempre están incorporados al conjunto de competencias del personal médico que brinda servicios en las unidades.”

Prestar un servicio social en una comunidad rural es una herramienta que desde el Estado podría proporcionar elementos para la formación de profesionales de salud calificados en el tratamiento de enfermedades en un entorno rural.

Utilizando el enfoque de la determinación social de la salud, los participantes de este proyecto enriquecen su formación y practica médica con experiencias comunitarias para tener una mejor comprensión del proceso salud enfermedad, además de ejercitar sus habilidades clínicas para ejercer una medicina asertiva en términos terapéuticos y sociales.

### **Metodología**

El proyecto se construye a través de estancias semanales de verano e invierno para estudiantes que se encuentren cursando el pregrado de la licenciatura de Médico Cirujano. Las estancias se realizan en la comunidad en acompañamiento al Médico Pasante de Servicio Social que se encuentre en esta unidad.

Durante las estancias, los estudiantes fortalecen el desarrollo de las competencias contenidas en su plan de estudios, a través de estrategias pedagógicas que articulen contenidos teóricos y conceptuales con aprendizajes prácticos de la experiencia cotidiana del médico pasante. Se abordan grupos de trabajo, con el enfoque de generación de conocimiento a partir de la experiencia.

La metodología hasta ahora nos ha permitido por un lado darle seguimiento a las actividades de atención a la salud que se realizan en la clínica y por otro implementar un programa de formación intramuros en la facultad que retoma elementos de la medicina social y la salud comunitaria.

En este contexto surge esta experiencia llamada Aprendizajes Colaborativos en Salud, que ha articulado hasta ahora, tres generaciones de pasantes en medicina en la comunidad “Ranchería El Manguito” ubicada en la costa del Estado de Chiapas, México.

Mediante este proceso, acompañado por la participación activa de la comunidad, se han conformado grupos de trabajo con características particulares que nos han permitido abordar situaciones específicas en torno a la salud (que a esos grupos interesa) y con los que hemos aprendido que los procesos de construcción de salud comunitaria son colaborativos.



Talleres de Pares para trabajo en Socio dramas. Diciembre 2015. Autora: Débora Cerruti.

### **Discusión**

El complejo contexto rural mexicano se encuentra atravesado por una multiplicidad de factores culturales, sociales, políticos y económicos. Este campo mexicano mantiene una enorme diversidad de formas de ser y estar con la naturaleza, de lenguas, de cosmovisiones y es en general un crisol de formas de vivir que se defienden frente a la avanzada de la modernidad y la creciente urbanización del país.

La defensa a los modos y estilos de vida propios de las comunidades rurales se ha convertido hoy en el centro del debate para el desarrollo de muchas luchas y resistencias por una vida digna y por tanto, es ahí donde ubicamos esta experiencia que apuesta por la construcción de una salud comunitaria. Entendemos como salud comunitaria un proceso de

colaboración mutua entre profesionales de salud y la comunidad que desde la perspectiva de la determinación social de la salud nos permita descubrir y crear estrategias de atención del proceso salud enfermedad enfocadas en el mejoramiento de las propias condiciones de vida en el entorno rural.

Existe en nuestro país, una centralización de los recursos humanos en Salud. Según el Programa Sectorial de Salud 2013-2018<sup>4</sup> “el perfil de la plantilla de profesionales no está alineado con las necesidades en salud, observando por un lado excesiva especialización en áreas inadecuadas respecto al perfil epidemiológico y una carencia de profesionales con las habilidades idóneas para atender la problemática particular de las unidades”. Los centros de salud rurales, que se encuentran con frecuencia en “zonas prioritarias” debido a su nivel de marginación, dependen en gran medida de los médicos en formación que se encuentran realizando su servicio social. Actualmente cerca de un tercio (más del 60% en entidades como Guanajuato y Sonora) de las unidades ambulatorias tienen como único responsable a un pasante.

Los servicios estatales de salud argumentan que no existen suficientes recursos financieros para incorporar médicos graduados, aunque existen estimaciones sobre la contratación de médicos generales para cubrir estas plazas que asignan 15% de los recursos gastados por los estados en la contratación de personal para la cobertura de estas unidades. Estas propuestas no plantean eliminar el Servicio Social de la formación del personal de salud, sino que éste se incorpore a un sistema de atención a la salud con personal capacitado que pueda articularse con las acciones de las y los pasantes.

Naturalmente el siguiente reto sería “encontrar mecanismos que incentiven la práctica médica en comunidades rurales y por otro lado, impulsar un cambio – desde las universidades y el discurso dominante- en la visión de la práctica médica para evitar que la medicina general y familiar se considere una categoría profesionalmente inferior dentro del gremio médico.”<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Programa Nacional de Desarrollo Intersectorial 2014-2016 - [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna\\_sesas\\_2008.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf)

<sup>5</sup> A. Laurell. Cobertura sin atención. La Jornada. 08 julio 2014; Sec Opinión.

Ante este panorama, durante nuestra pasantía nos encontramos ante dos preguntas comunes:

¿Por qué la práctica del pasante es conflictiva?

Creemos que elementos como la inseguridad, la inexperiencia y deseo aspiracional de la especialización son sentimientos comunes al momento de enfrentar como estudiantes el servicio social.

Estas subjetividades se encuentran motivadas por la falta de información, la falta de herramientas y la currícula oculta que maneja un discurso médico dominante centrado en la atención curativa y urbana.

Las escuelas de medicina forman recursos humanos para resolver demandas con una atención que tiene criterios de accesibilidad basados en relaciones de poder que limitan el derecho a la salud.

Con esto queremos decir que en la atención a la salud existen jerarquías, que invisibilizan y que posicionan las demandas de salud del entorno rural por debajo de las del entorno urbano.

¿Cómo hacer para que mi práctica del servicio social trascienda de manera positiva para mi formación y para el estado de salud de la comunidad? ¿Cómo puede esta práctica generar procesos autónomos en las mismas?

Desde nuestra experiencia, fue fundamental la generación de vínculos. Creemos que la convivencia puede generar una transformación valiosa al compartir las subjetividades, intercambiar con los otros y conocer los devenires de un modo de vida distinto al que habíamos conocido hasta el momento.

La generación de vínculos con la comunidad nos permitió identificar caminos de transformación, los cuales consideramos, pueden presentarse como oportunidades para mejorar las condiciones de salud y por tanto facilitar procesos autónomos de impacto en la salud.

## Conclusiones

Consideramos que esta experiencia puede generar evidencias de que existe un fuerte potencial para el trabajo colaborativo en la figura del médico pasante, pues éste puede facilitar los procesos de transformación de la salud de las comunidades

La formación de los médicos para enfrentar la complejidad del Servicio Social es deficiente. Actualmente se percibe a este periodo como un trámite administrativo más que como parte del proceso formativo. Es responsabilidad de las instituciones educativas garantizar la tutela para los pasantes en todas las modalidades de Servicio Social, no sólo en las de investigación o extensión universitaria.

Es preocupante que las áreas prioritarias en salud, son en un alto porcentaje atendidas de manera exclusiva por médicos pasantes. Creemos que esta situación más allá de una cuestión presupuestal, representa una postura política que dicta que la salud de unos es más importante que la de otros. Es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad de las poblaciones marginadas y es nuestra responsabilidad participar en esta exigencia.

Los procesos de salud se componen por una multiplicidad de factores que rebasan los alcances médicos. A este análisis hay que agregarle la falta de formación para la atención con enfoque preventivo y para el abordaje en el entorno rural. Es necesario resaltar que la salud en un entorno rural tiene peculiaridades específicas que requieren de un aparato teórico que facilite su abordaje.

Es indispensable para este proyecto contar con una herramienta de evaluación que nos permita valorar si existe impacto sobre los pasantes y sobre la salud de las comunidades.



Talleres con jóvenes en la Biblioteca comunitaria. Diciembre 2015. Autora Débora Cerruti.

#### Referencias Bibliográficas

- E. Esquivel. La Distribución de la Riqueza en México. OXFAM.2016
- A.Laurell. Cobertura sin atención. La Jornada 08.07.2014.Sec.Opinion.
- Plan Nacional Sectorial Salud 2014-2016. Secretaria de Gobernación. México.
- [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna\\_sesas\\_2008.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf)